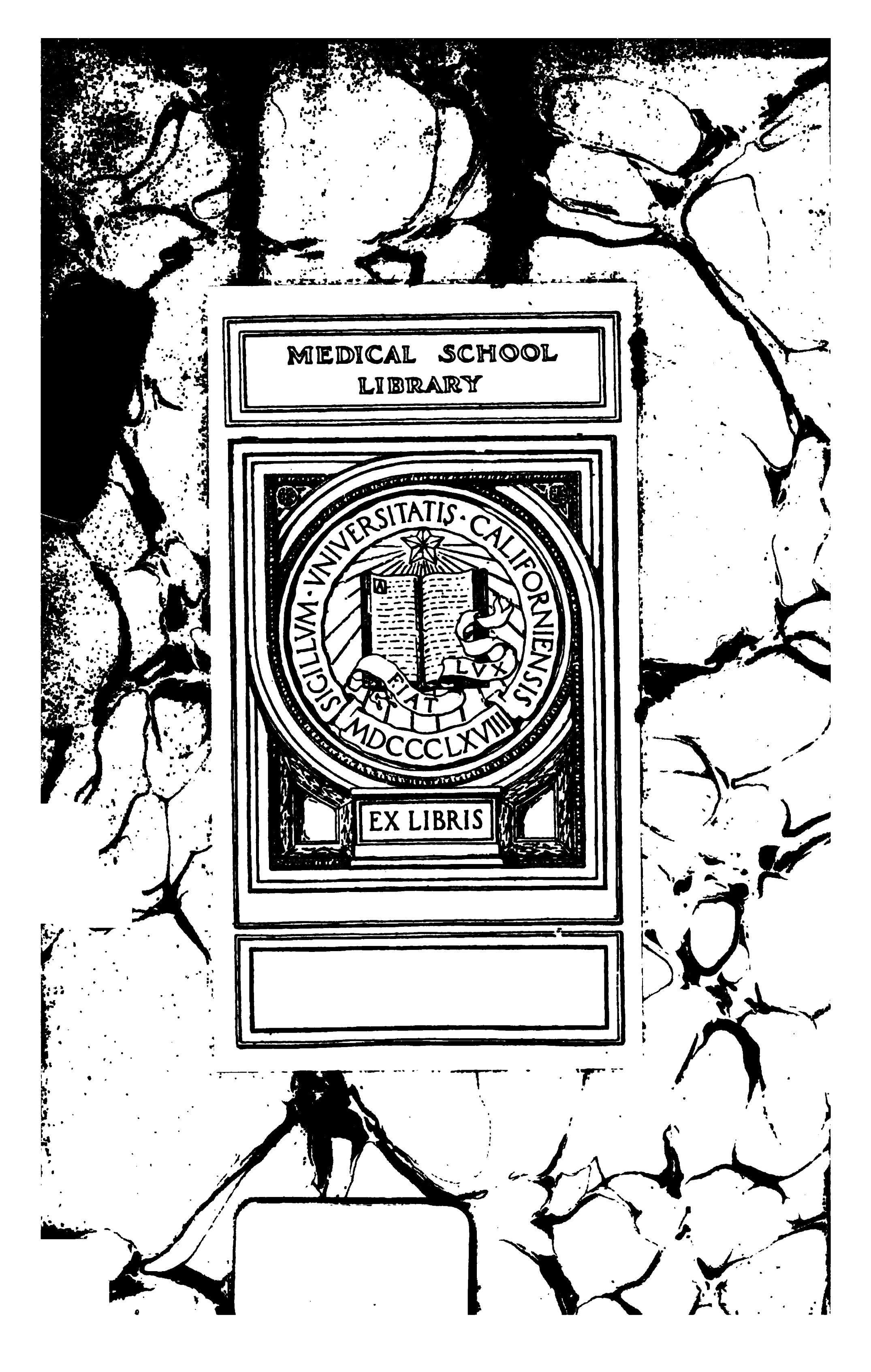


MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

Tome XXX. — 1895.

Avec 15 figures dans le texte.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1895

Vol. XXX. Juillet 1895. N° 101

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE NERVEUSE.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER.

UN CAS DE SARCOME VOLUMINEUX DU CERVEAU AYANT DÉBUTÉ DANS LA SUBSTANCE BLANCHE DE LA RÉGION FRONTALE GAUCHE;

OBSERVATION ET AUTOPSIE;

PAR

L. GALAVIELLE, Chef de clinique intérimaire à la Faculté de médecine
ET
H. VILLARD, Interne des hôpitaux
de Montpellier.

Nous avons eu l'occasion de suivre, dans le service de notre excellent maître, M. le professeur Grasset, un malade atteint d'une tumeur cérébrale dont l'observation offre un certain intérêt, et mérite, croyons-nous, d'être publiée comme document anatomique. Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, à l'autopsie duquel nous avons trouvé un volumineux sarcome du cerveau développé primitivement dans la substance blanche de la corne antérieure de l'hémisphère gauche. Ce sarcome, à début intra-cérébral, a rapidement augmenté de volume, a occupé toute la portion du cerveau gauche, située au-devant du sillon de Rolando, en déterminant une déformation très prononcée et fort remarquable des circonvolutions sur laquelle

nous insisterons dans le cours de l'observation. Mais ce n'est que tardivement qu'il a envahi la substance grise centrale, quoi qu'il fût sous-jacent à cette même substance grise sur une assez grande étendue.

Les phénomènes cliniques qui ont révélé la présence de cette production morbide ont été peu accentués et peu nets au début. Ils ont consisté principalement en phénomènes douloureux (céphalalgie), en phénomènes d'irritation réflexe (vomissements), et en phénomènes sensoriels (troubles oculaires et auriculaires). Les troubles intellectuels ont été précoces, ce qui n'a pas lieu de surprendre, étant donné le siège de la lésion dans la zone psychique du cerveau. Mais ce n'est que tardivement que les troubles moteurs ont apparu : d'abord intermittents, ils sont devenus permanents, et ont été constitués par une parésie d'abord, par une hémiplégie droite ensuite. Cette hémiplégie a présenté ce caractère intéressant de survenir brusquement, fait sur lequel plusieurs auteurs, Gowers[1] entre autres, ont attiré l'attention. Elle a précédé la mort de quelques jours seulement.

On voit, par ce rapide résumé, quels sont les symptômes principaux qu'a présentés notre malade. Ils n'offrent , en somme, rien de bien particulier, et sont assez classiques. Mais ce qui présente un peu plus d'intérêt, c'est la nature de la lésion que nous avons observée bien plutôt que la symptomatologie à laquelle elle a donné lieu. Aussi est-ce sur les particularités anatomo-pathologiques, bien plus que sur les caractères cliniques que nous insisterons, soit dans l'observation elle-même que nous allons rapporter maintenant, soit dans quelques considérations rapides dont nous la ferons suivre.

Pour rendre cette description anatomique plus claire et plus saisissante, nous avons cru utile de rapporter quatre figures qui, quoique fort schématiques, n'en donnent pas moins une idée exacte des dimensions et des rapports de la tumeur.

Le nommé G..., âgé de trente-deux ans, exerçant la profession de cultivateur, est entré le 4 février 1894, à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier, salle Fouquet, n° 5, service de M. le professeur Grasset.

Rien à noter du côté des antécédents héréditaires ou personnels. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

[1] Gowers. — *Brain*, t. I, p. 48.

L'affection qui amène ce malade dans nos salles paraît avoir nettement débuté le 8 septembre 1893, par des vomissements, survenus sans cause appréciable. Quelques jours après il commença à souffrir de la tête, et cette douleur fut localisée d'emblée, dans la partie gauche et antérieure du crâne. En même temps, il fut pris d'une faiblesse assez marquée ; il n'avait plus ni volonté, ni énergie. Il dut bientôt cesser son travail, se désintéressant de tout ce qui était extérieur, il restait couché presque toute la journée, n'aspirant qu'après le repos. Ce changement dans son caractère frappa fort l'entourage du malade, qui était auparavant travailleur et dur à la peine.

Des troubles oculaires et auriculaires, siégeant du côté gauche, ne tardèrent pas à apparaître. Ces troubles oculaires étaient caractérisés par une diminution de l'acuité visuelle, une sensation « de tremblement et de fourmillement » de l'œil gauche, et une photophobie assez intense avec larmoiement passager, sans que cependant l'œil fût rouge ou injecté. Les troubles auriculaires, qui siégeaient exclusivement à gauche au début, se traduisirent par une sensation de sifflement et de bourdonnement, sans diminution de l'acuité auditive. Le malade resta dans cet état, pendant les mois de septembre et d'octobre.

Au mois de novembre, la maladie s'accentua : les phénomènes anciens devinrent plus intenses, et des phénomènes nouveaux apparurent. La céphalalgie devint beaucoup plus violente et présenta, pour la première fois, le caractère d'être accrue par la compression du côté gauche du crâne. De plus notre homme commença à ressentir dans l'œil droit les mêmes sensations de fourmillement et de tremblement qu'il accusait depuis deux mois dans l'œil gauche ; mais cependant l'acuité visuelle ne paraissait pas diminuée. Les vomissements qui n'avaient pas cessé pendant les mois de septembre et d'octobre, continuèrent et s'accentuèrent en novembre. Malgré cela, l'appétit, loin de diminuer, augmenta beaucoup, et le malade qui, d'ordinaire, mangeait fort peu, fut pris d'une véritable boulimie.

Dans le courant du même mois, apparurent par intermittences des vertiges qui étaient surtout prononcés après les vomissements.

A la même époque, assez exactement entre le 10 et le 20 novembre, l'intelligence du malade commença à baisser ; la mémoire s'affaiblit, ses paroles étaient incohérentes, ses raisonnements décousus, et selon les propres expressions de son entourage « il ne disait que des bêtises ». Il eut cependant quelques rares intervalles de lucidité qui parfois durèrent un ou deux jours. Vers le milieu du mois de novembre, il fut examiné au point de vue oculaire, par M. le professeur Truc, qui diagnostiqua une tumeur probable du cerveau et ordonna un traitement approprié.

Depuis lors l'état du malade alla toujours en s'aggravant. La

céphalalgie, excessivement intense se généralisa des deux côtés du crâne, mais ce n'est que du côté gauche que la pression déterminait une exagération de la douleur. De même les bourdonnements et les sifflements d'oreilles qui jusque là n'avaient siégé qu'à gauche envahirent l'oreille droite; ils se produisaient tantôt à droite, tantôt à gauche, mais jamais simultanément des deux côtés.

En décembre apparut un léger strabisme intermittent, en même temps que quelques crises convulsives se montraient du côté droit mais nous n'avons pu avoir sur ces deux phénomènes aucun renseignement précis. Nous avons appris, cependant, que ces crises convulsives s'accompagnèrent d'un affaiblissement du côté droit du corps, mais trop peu prononcé pour rendre la marche impossible.

La marche était assez facile, en effet, mais elle s'accompagnait rapidement de fatigue ; de plus, le malade avait tendance à perdre l'équilibre et à tituber surtout quand il venait d'avoir des vomissements. Les troubles intellectuels s'accentuèrent progressivement et devinrent excessivement prononcés à partir du 10 au 15 décembre.

Le mois de janvier se passa sans incident notable, mais les symptômes que nous avons déjà rapportés, s'aggravèrent de jour en jour. Lors de son entrée, le 4 février, nous notâmes l'état suivant :

Etat actuel. — C'est un homme dans la force de l'âge, qui frappe de suite, par son regard vague et hébété. Il ne peut fournir aucun renseignement exact, ni sur la marche de sa maladie, ni sur les sensations qu'il éprouve actuellement. Il ne se rappelle de rien, ne peut rien dire de sensé. Il se plaint surtout d'une céphalalgie intense, constante, mais présentant cependant des moments d'exacerbation. Elle siège au niveau des régions frontales et pariétales des deux côtés, mais elle est beaucoup plus prononcée à gauche. La pression augmente cette douleur.

La vision du côté gauche paraît diminuée ; mais nous ne pouvons fournir de renseignements précis à ce sujet, l'acuité visuelle n'ayant pu être mesurée. L'œil gauche, à l'inspection, n'est le siège d'aucune altération extérieure. La pupille est un peu paresseuse ; l'iris n'est ni terne, ni décoloré. La tension de l'œil est normale. La malade a une acuité auditive à peu près normale, mais il perçoit constamment des bruits dans les oreilles, surtout du côté gauche.

Il accuse aussi une sensation vertigineuse qui n'est pas constante et survient par intermittences. Il n'a pas de crises convulsives, soit généralisées, soit localisées à une moitié du corps ou à un membre Quand on lui fait étendre la main droite et écarter les doigts, on perçoit un léger tremblement se rapprochant assez du tremblement alcoolique.

La sensibilité paraît normale des deux côtés, mais cette recherche est rendue incertaine par le peu de réaction du malade, et surtout par le peu de précision de ses réponses qui sont souvent contradictoires. — Il n'y a pas d'hémiplégie. Cependant le côté droit paraît légèrement parésié; cette diminution relative des forces est très nette au membre supérieur droit. Il n'y a pas de paralysie faciale. Les divers sphincters fonctionnent bien.

La marche est mal assurée; le malade s'en va un peu voûté; traînant les jambes et titubant par moments. Cependant il n'a jamais fait de chutes. — Le réflexe rotulien est normal des deux côtés. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde.

La parole est lente; les réponses ne viennent que lentement. Les mots sont émis avec peine, le malade bredouille et ne peut pas toujours être compris.

Les troubles intellectuels sont des plus marqués. Ils sont caractérisés par un affaiblissement progressif et continu des facultés mentales. La mémoire a beaucoup diminué, elle a même presque disparu. Les conceptions sont lentes; les réponses sont le plus souvent incohérentes. Le malade n'a plus ce besoin de repos, cette torpeur musculaire, que nous avons signalés comme un des symptômes du début; il est rarement couché, il se promène partout dans l'hôpital sans savoir où il va, et on est obligé de le surveiller de très près. Quelques jours après son admission il se dirigea dans un coin du jardin où se trouvent des serres et là cassa plusieurs vitrages. A plusieurs reprises il a jeté dans la salle son assiette, son verre, et n'en a pas moins continué malgré les admonestations des gens de service.

Les fonctions digestives se font bien. Il n'y a ni constipation, ni diarrhée. L'appétit est exagéré, le malade mange tout ce qu'on lui donne, avec voracité, gloutonnerie et sans aucune mesure. Il a parfois des vomissements, mais ils sont assez rares actuellement.

Durant les premiers jours de son séjour à l'hôpital, les symptômes que nous venons de rapporter persistèrent avec ces mêmes caractères. Mais vers le 15 février, on vit survenir une aggravation dans l'état du malade. En effet, dès ce moment les forces diminuèrent rapidement. Il restait couché la plus grande partie de la journée, il fallait l'exciter à se lever, de plus il fallait le faire manger. L'appétit, jusque-là augmenté, commença à diminuer; de temps en temps il allait sous lui. Enfin les troubles de la parole augmentèrent encore; le malade répondait par quelques mots, quand on le pressait vivement, et les paroles qu'il prononçait étaient le plus souvent un vague bredouillement inintelligible.

A partir du 1er mars il resta constamment couché, ne faisant aucun mouvement et allant constamment sous lui.

Le 12 mars, survint une brusque aggravation dans son état. On constata ce jour là que tout le côté droit était paralysé et dans la

résolution complète; de plus, il paraissait y avoir une légère diminution de la sensibilité du même côté. La face ne présentait aucune paralysie, mais la tête était non pas déviée, mais portée latéralement à gauche et restait toujours dans cette position. Le regard était très vague et la perte de connaissance absolue. On lui donna de suite un lavement purgatif, et on lui mit un vésicatoire à chaque mollet, mais son état, au lieu de s'améliorer, alla en s'aggravant, et il mourut dans la nuit du 14 au 15 mars.

Autopsie.

L'autopsie pratiquée le 16 mars a donné les renseignements suivants. L'incision des parties molles du crâne ne présente rien de particulier. La section du crâne est excessivement facile et très rapidement faite, ce qui tient à un amincissement excessif des parois crâniennes et à la diminution de leur consistance.

La dure-mère vue extérieurement paraît normale. Quand on l'a incisée on constate qu'elle présente quelques adhérences avec la pie-mère, assez lâches, siégeant principalement au niveau du lobe frontal et de la partie antérieure du lobe pariétal du côté gauche. Quelques rares adhérences disséminées du côté droit. — La pie-mère est congestionnée, mais ce qui domine, c'est la stase nerveuse qui est bilatérale. Elle présente des adhérences avec la substance cérébrale. Ces adhérences siègent dans toute l'étendue des circonvolutions; elles sont assez lâches sauf au niveau des circonvolutions frontales gauches où elles sont très serrées : on ne peut pas détacher la pie-mère en ce point, sans entraîner en même temps de petits fragments de substance cérébrale.

Le cerveau enlevé et dépouillé de ses enveloppes autant que cela a été possible est alors examiné. Ce qui frappe au premier abord, c'est une déformation excessivement prononcée de l'hémisphère gauche. Quant à l'hémisphère droit, nous tenons à dire de suite qu'il ne présente rien d'anormal, ni extérieurement, ni à la coupe. Nous allons décrire longuement l'hémisphère gauche.

La région frontale gauche qui normalement occupe le tiers environ de l'hémisphère a acquis un développement considérable et occupe presque les deux tiers de cet hémisphère, autrement dit, le sillon de Rolando qui sépare les zones frontale et pariétale est rejeté en arrière, et situé beaucoup plus près de la corne occipitale que de la corne frontale. En outre les circonvolutions de ce lobe frontal sont étalées, élargies: les sillons qui les déterminent manquent de profondeur de telle façon que cette portion du cerveau se rapproche jusqu'à un certain point d'un cerveau d'animal. La pariétale ascendante participe un peu à cet élargissement.

Au niveau du pied de la troisième circonvolution frontale gauche, on voit une légère élevure présentant les dimensions d'une pièce

de un franc environ, et offrant une coloration lie de vin très nette, tranchant fortement sur la teinte grisâtre des circonvolutions environnantes. La palpation de la zone frontale permet de constater une augmentation de consistance du tissu cérébral, dont le maximum se trouve au niveau de la portion ecchymotique dont nous venons de parler (*fig.* 1).

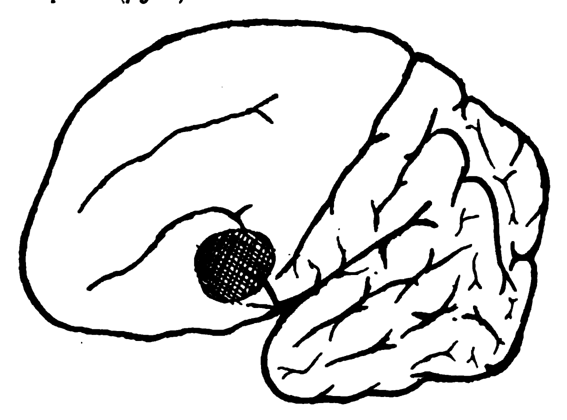


Fig. 1. — Configuration extérieure de l'hémisphère gauche.

On pratique alors, à un centimètre de distance l'une de l'autre, une série de huit coupes allant depuis la corne frontale jusqu'au sillon de Rolando et parallèles à ce sillon. Voici ce que nous avons constaté. La première coupe qui porte sur la portion tout à fait antérieure du lobe frontal gauche nous montre le commencement de la lésion, constituée par une tumeur, demi-dure, d'aspect aréolaire, blanchâtre, et occupant la portion centrale de la substance blanche. Tout autour du tissu néoplasique, on observe une zone de ramollissement.

Dans la deuxième coupe, la portion indurée s'est accrue principalement du côté de la convexité, et atteint la substance grise périphérique, sans l'intéresser cependant. Cette tumeur blanc grisâtre, est limitée du côté interne par une zone de ramollissement beaucoup plus nette que dans la première coupe.

Dans la troisième coupe, la tumeur s'est encore fortement accrue. Elle est devenue plus dure, et a pris une teinte rougeâtre, elle est toujours située contre la substance grise. Du côté interne on voit à côté de la tumeur une zone d'infiltration, d'envahissement et en dedans de celle-ci une nouvelle zone de ramollissement.

La quatrième coupe nous montre que la tumeur s'élargit encore dans tous les sens, et principalement par sa base qui est interne.

Elle est devenue plus molle et plus rosée. Elle présente en haut et en dedans une production secondaire, formant un nodule dur, rosé, séparé du noyau principal par la zone ramollie qui fait le tour presque complet de la tumeur primitive (*fig.* 2).

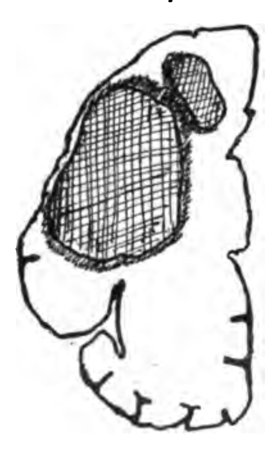


Fig. 2. — Quatrième coupe passant à 5 centimètres environ de la corne frontale gauche.

La cinquième coupe est faite à 6 ou 7 centimètres de la corne frontale, et n'atteint pas encore le point où porte la coupe pédiculo-frontale de Pitres.

La tumeur est encore augmentée, et elle occupe les deux tiers supérieurs et externes du centre ovale. Elle est de plus en plus rosée, un peu moins dure qu'au début. La zone de ramollissement englobe complètement le néoplasme. En haut et en dedans du noyau principal on voit le noyau secondaire que nous avons déjà signalé et dont les dimensions ont augmenté.

La sixième coupe nous montre la tumeur au point où elle est le plus développée. Elle occupe près des deux tiers de la substance blanche, et à la partie inférieure et externe arrive jusqu'aux méninges, constituant là cette saillie rougeâtre que nous avons signalée à l'inspection de la face convexe du cerveau gauche, elle refoule le noyau secondaire en haut et en dedans. Elle présente à sa base deux échancrures qui la divisent en trois lobes assez nets. Sa consistance n'est pas complètement uniforme; à côté de points relativement ramollis se trouvent des parties indurées, lardacées, en bien plus grand nombre. Elle est, en quelque sorte, isolée du restant de la substance cérébrale par une zone assez large de ramollissement (*fig.* 3).

La septième coupe portant dans la région pédiculo-frontale de Pitres, nous permet d'observer une diminution dans les dimensions de la tumeur. Elle gagne la partie inférieure et se dégage de la partie supérieure, le noyau secondaire a disparu. Quant au noyau

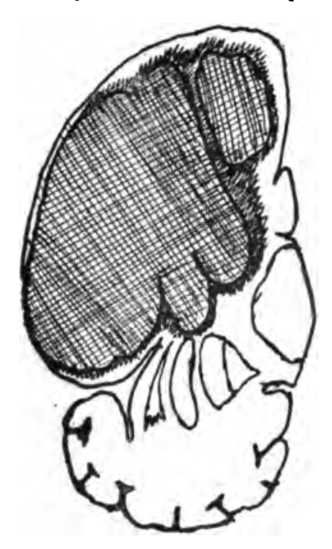


Fig. 3. — Sixième coupe passant à 7 à 8 centimètres environ de la corne frontale gauche.

principal il présente les mêmes caractères macroscopiques et est toujours entouré de la même zone de ramollissement, qui n'est très prononcée cependant qu'à la partie supérieure.

Enfin la huitième et dernière coupe porte un peu en avant du sillon de Rolando. Nous arrivons là à la limite postérieure de la tumeur qui n'occupe que la partie inférieure et externe de l'hémisphère. Elle est encore circonscrite par une zone de ramollissement.

Les diverses coupes que nous avons pratiquées, et dont nous venons de rapporter la description, nous permettent de déterminer assez exactement la forme et les dimensions qu'affectait la tumeur à l'intérieur de l'hémisphère gauche. On peut en somme la comparer à un ovoïde à grand axe dirigé d'avant en arrière et un peu de dedans en dehors, la grosse extrémité de cet ovoïde étant postérieure. Cette tumeur ne siégeait que dans la substance blanche de la partie antérieure du cerveau gauche; dans une grande partie de son étendue elle était sous-jacente à la substance grise,

mais le processus néoplasique n'avait envahie l'écorce qu'au niveau du pied de la cicronvolution de Broca. En un point elle présentait noyau secondaire qui n'avait pas encore acquis un grand développement. Enfin une zone de ramollissement la séparait du restant de la substance blanche.

Pour donner une meilleure idée de la disposition générale de la tumeur, nous avons rapproché les diverses coupes de Pitres,

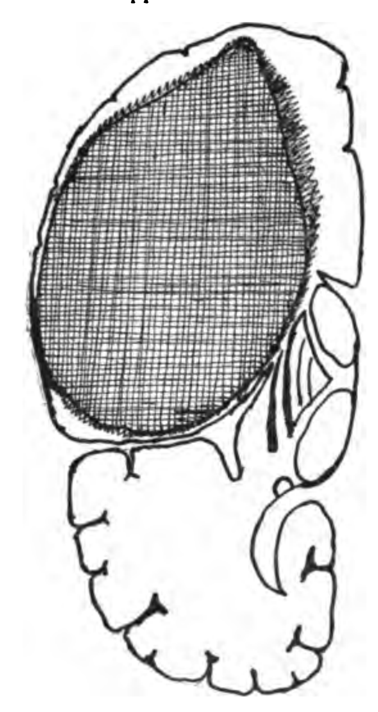


Fig. 4. — Coupe schématique de Flechsig montrant la tumeur sectionnée horizontalement, au point où elle a atteint son maximum de développement.

reconstitué ainsi en quelque sorte le cerveau, et nous avons fait alors une coupe de Fleschig que nous rapportons : on peut voir aussi la tumeur sous ses deux principaux diamètres, et de plus bien juger des dimensions vraiment énormes qu'elle présentait (*fig.* 4).

Voici maintenant l'*examen histologique* d'après la note que nous a remise M. le professeur Kiener. La tumeur a été étudiée sur des coupes provenant de fragments durcis dans l'alcool. La structure

est celle d'un sarcome fasciculé dont les faisceaux sont enchevêtrés dans toutes les directions. Les cellules appartiennent au type fusiforme. Dans certains faisceaux elles sont fibro-plastiques et l'on voit interposées entre elles des fibres conjonctives plus ou moins grêles ou larges. Mais dans d'autres faisceaux les cellules extrêmement grosses et nombreuses se touchent presque immédiatement sans interposition de fibres conjonctives. La plupart de ces cellules présentent des noyaux volumineux de forme très irrégulière, vivement colorés, qui se rapportent évidemment aux différentes phases de la karyokinèse, bien que les formes typiques soient un peu effacées dans cette pièce cadavérique.

En même temps le protoplasma des cellules subit une transformation colloïde; il devient réfringent, et refoule le noyau à la périphérie. Les cellules ainsi modifiées ont tendance à se fusionner et donnent naissance parfois à des cellules géantes à noyaux multiples. Dans les parties où cette dégénération colloïde du protoplasma cellulaire est très prononcée, les fibres conjonctives deviennent elles-mêmes tuméfiées réfringentes et semblent annoncer une fonte prochaine. Cependant on ne trouve pas de foyer de ramollissement dans le fragment examiné.

Telle est, rapportée dans tous ses détails, l'observation qui fait la base de ce travail. Nous allons maintenant tâcher de faire ressortir, en quelques lignes, les quelques points qui nous paraissent dignes d'intérêt.

La tumeur que nous avons observée est intéressante par sa nature histologique, par son siège, par son volume, par les modifications de voisinage qu'elle a déterminées soit dans le cerveau lui-même, soit dans la cavité cranienne. Quant à la marche clinique, elle nous paraît trop classique pour que nous la reprenions ici; nous avons, d'ailleurs, suffisamment insisté sur cette étude sympathique dans le cours de l'observation, aussi nous n'y revenons pas.

a. Les caractères macroscopiques, sur lesquels nous nous sommes longuement étendus, nous permettaient, à eux seuls, de poser le diagnostic de sarcome; nous avons vu que l'étude histologique, faite par M. le professeur Kiener, dont on connaît la grande compétence, a confirmé ce premier diagnostic, établi à la table d'autopsie, et a levé tous les doutes. Cet examen microscopique a de plus démontré que nous avions affaire à un sarcome pur, sans aucun mélange de tissu nerveux.

Or, les sarcomes du cerveau sont relativement rares, surtout

si l'on tient compte de ce fait que la plupart de ceux qui ont été observés, l'ont été chez des enfants ou des adolescents ayant rarement dépassé l'âge de dix-neuf ans, et de cet autre fait que bien des fois ces sarcomes ont eu un début primitivement dure-mérien. Quoi qu'il en soit, nous voyons que tous les sarcomes, pris en bloc, n'ont été constatés que 34 fois sur 300 cas de tumeurs des centres nerveux, si nous en croyons la statistique fort remarquable de Allen Starr[1].

Ces seuls chiffres nous dispensent de longues dissertations, en nous montrant que les sarcomes constituent une variété exceptionnelle de tumeurs cérébrales, ces tumeurs étant elles-mêmes fort rares.

b. Au point de vue du siège, cette même statistique de Allen Starr nous montre que les localisations exclusives des tumeurs cérébrales dans la substance blanche sont rares, puisqu'elles ont été observées 35 fois seulement dans le centre ovale ou le corps calleux. Cette localisation de la tumeur dans la substance blanche de la corne frontale, nous rend compte de l'apparition précoce des troubles psychiques, et de l'installation tardive d'une hémiparésie, puis d'une hémiplégie droite.

c. Mais ce qui est réellement remarquable dans notre cas, c'est le volume énorme de la tumeur, dont les dimensions peuvent être comparées à celles d'un œuf de dinde environ. Et cependant cette production morbide si volumineuse n'avait déterminé, pendant longtemps, que des troubles symptomatiques relativement légers; le cerveau a donc fait preuve d'une tolérance relative, tolérance que l'on peut rapprocher de celle bien connue qu'il a présentée, dans certains cas, pour des corps étrangers volumineux.

d. La présence de cette tumeur volumineuse a déterminé, par action mécanique, une déformation remarquable de l'hémisphère atteint. Cet hémisphère, augmenté de volume dans son ensemble, était avant tout déformé. Cette déformation était double. Elle consistait tout d'abord en une augmentation des dimensions du lobe frontal, si volumineux que le sillon de Rolando, qui le limite en arrière, était beaucoup plus près de la corne occipitale que de la corne frontale; elle consistait, en outre, en un aplatissement et un élargissement des circon-

[1] Allen Starr. — *Med. News*., 12 janvier 1889.

volutions de ce même lobe frontal, de telle sorte que les circonvolutions étaient beaucoup plus larges, et que les sillons qui les séparent étaient moins sinueux et surtout moins profonds qu'à l'état normal; nous avons cherché à représenter cette disposition dans les figures schématiques que nous rapportons.

C'est là, d'ailleurs, une déformation que l'on voit suivant la juste remarque de MM. Grasset et Rauzier[1], dans tous les cas de tumeur cérébrale volumineuse siégeant à l'intérieur de l'encéphale, et qui est indépendante de la nature du néoplasme.

e. Une autre conséquence de la présence de cette volumineuse tumeur cérébrale a été un agrandissement de la cavité cranienne. Mais cet agrandissement de la cavité, assez peu prononcé du reste, s'est fait principalement aux dépens de l'épaisseur des os du crâne qui étaient remarquablement minces et diaphanes. Cependant il n'y avait pas de perte de substance osseuse.

f. Enfin, et pour terminer, nous voulons attirer l'attention sur la zone de ramollissement que nous avons signalée autour de la tumeur, sur toutes nos coupes. Cette zone était très nette, et en certains points mesurait plusieurs millimètres, mais elle n'était pas assez prononcée pour que la tumeur fût énucléable. Nous n'avons pas fait d'étude histologique de cette zone intéressante; nous ne pouvons donc émettre aucune opinion personnelle sur la pathogénie de ce ramollissement; nous rappellerons simplement que, pour Friedlander, il s'agit là d'un ramollissement ischémique produit par une artérite oblitérante.

[1] *Traité pratique des maladies du système nerveux*, t. I, p. 424, 4e édition, 1894.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

DE L'INTOXICATION DANS L'ÉPILEPSIE [1];

Par le Dr J. VOISIN, médecin de la Salpêtrière; et RAYMOND PETIT, interne des hôpitaux.

DU SANG.

L'état du sang a déjà été l'objet de plusieurs recherches; nous y avons fait allusion en parlant des troubles de nutrition dans l'épilepsie. Hénocque avait remarqué qu'à la suite des accès épileptiques, l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine était diminuée. Cette diminution de l'activité de réduction coïncide avec la disparition d'une certaine quantité d'oxyhémoglobine comme l'a constaté M. Féré, et pour lui elle est sous la dépendance de la décharge nerveuse. On signale aussi une diminution du nombre des globules rouges qui n'est pas parallèle à celle de la quantité d'oxyhémoglobine. Ce défaut de parallélisme n'est pas propre à l'épilepsie. On le remarque dans d'autres maladies. Ainsi Otto a vu que la saignée diminuait le nombre des globubes et plus encore la quantité d'hémoglobine. Seppeli, d'autre part, a constaté que chez les pellagreux l'hémoglobine diminue dans une plus forte proportion que le nombre des globules. Enfin, à la suite des accès, on trouve dans le sang un certain nombre de globules rouges, sphériques, paraissant plus petits que les globules discoïdes ordinaires; en même temps on signale aussi l'apparition de globulins ou hématoblastes.

Chez plusieurs malades en état de mal, nous avons voulu remplir l'indication de la saignée. Chaque fois que nous avons tenté cette intervention, nous avons échoué à cause de l'état tout particulier du sang. Les veines sont assez apparentes au pli du coude, mais leur ouverture ne présente pas un écoulement

[1] Voir *Archives de Neurologie*, nos 98, 99, 100.

de sang suffisant quelles que soient d'ailleurs les dimensions de la plaie veineuse ; à peine quelques gouttes apparaissent-elles à l'orifice cutané, elles se coagulent aussitôt, et quoi que l'on fasse l'écoulement est faible ou ne se fait pas. Le sang a un aspect particulier, il est noir, épais et très visqueux, il se coagule presque immédiatement au contact de l'air en donnant un caillot noir parfois différent et une quantité de sérum assez minime comme nous avons pu le voir en recueillant du sang à l'aide de ventouses scarifiées. Cette modification du sang rappelle celle que l'on attribue généralement à diverses intoxications et à certaines maladies infectieuses. Nous en avons été frappés et cela nous a suggéré l'idée d'en faire l'examen bactériologique. Malheureusement, ces recherches nécessitent un temps considérable et ne peuvent devenir concluantes que par leur grand nombre. Aussi, nous nous contenterons de rapporter ici quelques-unes de nos expériences sans vouloir encore généraliser, ni donner à ces résultats un caractère de constance absolu. Peut-être que ces recherches que nous continuons, nous permettront-elles un jour d'être plus affirmatifs.

Dans tous ces essais bactériologiques, nous avons opéré que sur des malades qui avaient des accès en série ou du délire, nous avons suivi la méthode que voici et qui nous a paru la plus certaine. Le choix de la veine étant fait et un lac posé au-dessus de la région, on lave celle-ci avec une brosse ou une compresse rude, de l'eau et du savon. Ce lavage doit être un peu prolongé. Il faut ensuite faire un second lavage à l'éther, suivi d'un troisième à l'alcool à 90°. Ces deux derniers se font en frottant avec du coton hydrophile. On prend ensuite du coton stérilisé si possible avec lequel on lave une quatrième fois au sublimé; cela fait, on laisse le tampon au sublimé sur le point que l'on va piquer. Parfois même nous avons laissé un pansement au sublimé en place pendant une heure ou deux. A l'aide d'une seringue à aiguille capillaire stérilisée à l'autoclave et gardée jusque-là dans un tube bouché avec de l'ouate et parfaitement stérilisée, on pique ensuite la veine, entrant autant que possible d'emblée et franchement dans sa cavité; puis on fait l'aspiration. Les seringues de choix sont celle de Roux ou celle de Strauss dont le piston est stérilisable. Quand on a une quantité de sang suffisante, on retire brusquement l'aiguille et le moment est venu d'ensemencer. On incline le tube à culture, on le débouche tout juste assez pour laisser

passer l'extrémité de l'aiguille ou de la seringue et on laisser tomber quelques gouttes du sang recueilli. Cet ensemencement doit être fait sur place et rapidement afin d'éviter autant que possible toute cause de contamination extérieure. Dans quelques cas même, pour éviter les causes d'erreur qui pourraient venir de la peau, nous avons commencé par faire une dénudation de la veine avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses. Ces piqûres ou ces dénudations sont insensibles. Nous nous sommes servi du bouillon de bœuf peptonisé, de milieux peptonisés simples à divers titres et de gélatine et de gélose nutritives.

I. Soliv... — *Premier examen.* — Les *lamelles de sang* examinées au microscope, ne laissent voir aucun microbe d'une façon nette et certaine. *Deux tubes de gélatine* ne paraissent pas avoir poussé malgré l'aspect trouble et louche du point d'ensemencement que nous pensons devoir être attribué au sang lui-même ou à son albumine. *Deux tubes d'agar* ne semblent pas avoir poussé non plus. Trois centimètres cubes de sang inoculés dans le péritoine d'un cochon d'Inde entraînent une élévation de température pendant les vingt-quatre heures suivantes.

2e *Examen.* — Les *lamelles de sang* restent négatives tout au moins incertaines à l'exposition microscopique. *Deux tubes de gélatine* n'ont pas poussé.

Deux tubes de bouillon à 39°. Au bout de deux jours, ces bouillons se troublent. On ensemence avec eux deux tubes de gélatine. Quarante-huit heures après, ceux-ci commencent à cultiver. On voit de nombreux grains très petits en chapelet le long de la piqûre et sur la traînée superficielle. Ces gélatines se liquéfient assez rapidement sur toute la largeur du tube en donnant un fond plat d'un dépôt blanchâtre. Au microscope, on voit dans toutes ces cultures un grand nombre de petits coccus prenant le Gram. Ils se disposent en zooglées, quelques-uns sont isolés, d'autres en diplocoques ou en courtes chaînettes irrégulières de quatre ou cinq éléments.

Un tube de bouillon à la température de 22°. Trois jours après l'ensemencement, ce bouillon est nettement troublé ; on y voit nager d'épais grumeaux blanchâtres qui déposent au fond du tube.

Avec ce même bouillon, on ensemence un *tube de gélatine* qui présente au bout de deux jours des grains arrondis, translucides à la surface et sur tout le trajet de la piqûre, ces derniers beaucoup plus petits ; la liquéfaction de la gélatine ne se fait qu'au bout de cinq jours. Ces deux cultures laissent voir au microscope des

bacilles assez courts et trapus, à bouts arrondis et isolés, et par chaînettes de deux éléments. *Deux tubes de gélose* n'ont pas poussé.

Le 13 novembre 1893, on injecte dans la veine marginale de l'oreille droite d'un lapin un mélange à parties égales du bouillon à 22° et du bouillon à 39°. L'injection est de 10 centimètres cubes et poussée lentement.

TEMPÉRATURES :			TEMPÉRATURES :		
Le 13...	39°.		Le 21...	39,3.	L'oppression continue
14...	40,5.		22...	39,4.	L'oppression augmente. Paralysie faciale gauche. Troubles de la déglutition.
15...	40,2.	L'animal ne mange plus, est oppressé, marche difficilement.	23...	39,4.	
16...	39,9.		24...	39,9.	
17...	39,6.		25...	39,6.	
18...	39,7.		26...	39.	
19...	39,8.		27...	38,9.	
20...	39,3.				

L'animal recommence à manger avec voracité et avale gloutonnement. La température redescend à la normale, et la paralysie faciale persiste.

3e *Examen.* — *Lamelles de sang.* — Au microscope, on ne voit aucun microbe bien net. *Un tube de bouillon.* Température, 39°. Le bouillon se trouble trois jours après l'ensemencement.

Au microscope, on voit des coccus très nombreux, petits, disposés en petits amas, parfois isolés ou par deux; ils prennent le Gram.

Un tube de bouillon. Température, 22°. Au bout de trois jours, ce bouillon est troublé: on y voit quelques fins grumeaux blanchâtres qui viennent déposer au fond du tube.

Au microscope: on voit des coccus assez petits qui sont en zooglées ou restent isolés et qui prennent le Gram.

Un tube de gélatine est ensemencé avec le bouillon précédent. Trois jours après, on voit apparaître de petits points blanchâtres arrondis le long de la piqûre et sur la traînée superficielle. La gélatine se liquéfie rapidement dans toute la longueur du tube en donnant une surface plane sur laquelle se forme un dépôt blanc jaunâtre. Au microscope: après coloration par la méthode de Gram, on voit d'innombrables coccus, petits, en culture pure, disposés en zooglées,

Un tube de gélatine. Au bout de quatre jours, on y voit pousser sur le trajet de la piqûre et sur la traînée superficielle de petits grains arrondis, blanc jaunâtre. Ils liquéfient progressivement la gélatine comme dans les cas précédents. L'examen microscopique montre des coccus en zooglées ou isolés prenant le Gram comme les précédents, mais paraissant un peu plus gros.

Un tube d'agar a peu poussé, suffisamment cependant pour

laisser voir au microscope un assez grand nombre de coccus prenant le Gram et du même volume que ceux de la gélatine ci-dessus.

4e *Examen.* — Les *lamelles de sang* examinées immédiatement restent négatives. *Un tube de bouillon.* Température, 39°, se trouble nettement au bout de trois jours; on y voit de fins grumeaux blanc sale, déposant au fond du tube. Les préparations microscopiques colorées par la méthode de Gram laissent voir une culture pure de coccus arrondis, d'un volume moyen, ordinairement groupés en zooglées, quelquefois isolés ou en chaînettes irrégulières de quatre à cinq éléments.

Un tube de bouillon (22°) a commencé à se troubler vers le troisième jour, mais il a été contaminé par une levûre rose et ne peut entrer en ligne de compte.

Un tube de gélatine a été également contaminé par une levûre rose.

De *deux tubes d'agar*, l'un a été également contaminé par la levûre rose, l'autre a poussé faiblement, montrant au microscope de petits coccus en zooglées, qui prennent le Gram.

Lep... — *Premier examen.* — Les *lamelles de sang*, examinées immédiatement, restent négatives ou incertaines. *Deux tubes de bouillon* (température, 39°). Au bout de deux jours, ces tubes sont troubles et contiennent d'abondants flocons granuleux qui nagent dans le liquide et déposent au fond. Au microscope, on voit des coccus de volume moyen, isolés et le plus souvent groupés en amas.

Deux tubes de gélatine sont ensemencés avec ces deux bouillons; au bout de trois jours, on y voit paraître des grains arrondis, jaunâtres le long de la piqûre et sur la traînée de la surface. Le sixième jour, la liquéfaction commence et se fait rapidement sur toute la largeur du tube; elle est limitée par un fond plat sur lequel se fait un dépôt jaune pâle. Au microscope, ces deux gélatines donnent, par la méthode de Gram le même résultat que les deux bouillons précédents.

Un tube de bouillon à 22°. Au bout de trois jours, il est troublé et contient des flocons louches qui déposent au fond. Les préparations microscopiques faites par la méthode de Gram contiennent des coccus assez gros en zooglées et souvent disposés par quatre.

Un tube de gélatine est ensemencé avec ce bouillon; il commence à pousser le troisième jour sous forme de nombreux points arrondis, blanchâtres et très petits, aussi bien sur le trajet de la piqûre que sur la traînée d'ensemencement; puis la gélatine se liquéfie de la même façon que précédemment. Au microscope, on voit des coccus assez gros en culture pure, isolés par quatre, ou le plus souvent en zooglées.

On injecte 10 centimètres cubes de bouillon à 22° dans la veine marginale de l'oreille gauche d'un lapin (injection lente) ; pendan-l'opération, l'animal est pris d'une oppression très vive. Après l'int jection, il reste immobile dans un coin, les oreilles basses. Pendant les deux jours suivants, ce lapin a présenté une élévation de température de 4°,4, puis il est redescendu à la température normale et a guéri.

2e *examen.* — Les *lamelles de sang* restent négatives.

Un tube de bouillon (température, 39°), se trouble le troisième jour, puis donne un dépôt blanc sale au fond du tube. Au microscope, on voit des coccus isolés ou plus souvent en zooglées, très petits et prenant le Gram.

Un tube de bouillon (température, 22°), se trouble le quatrième jour, puis dépose au fond, comme le précédent. L'examen microscopique (Gram) donne le même résultat.

Deux tubes de gélatine ont poussé le troisième jour. On y voit des points jaune pâle arrondis le long de la piqûre et sur la traînée. Les plus gros atteignent le volume d'un grain de chènevis ; la gélatine se liquéfie rapidement. Au microscope, on voit de petits coccus prenant le Gram, disposés en zooglées.

Jacq... — *Lamelles de sang.* — En quelques points, il semble y avoir sur ces préparations colorées par la méthode de Gram quelques coccus isolés ou en diplocoques.

Un tube de bouillon (température, 39°) a poussé le quatrième jour. Il est trouble et un dépôt sale se fait au fond du tube. Au microscope, on voit de petits coccus en zooglées, prenant le Gram. — *Un tube de bouillon* (température, 22°). Ce bouillon se trouble le cinquième jour et dépose un peu au fond.

Au microscope, on voit quelques coccus isolés ou disposés par deux et quelques rares bacilles comme ceux que nous avons déjà signalés précédemment.

Deux tubes de gélatine n'ont pas poussé.

Deux tubes d'agar n'ont pas poussé non plus.

Dujar..., — *Premier examen.* — *Lamelles de sang.* — L'examen de ces lamelles reste négatif.

Un tube de bouillon (température, 39°) a poussé le troisième jour et dépose au fond du tube.

Au microscope, on voit des coccus de dimensions moyennes, isolés en petits amas, parfois en courtes chaînettes. Ils prennent le Gram.

Un tube de bouillon (température, 22°) se trouble le troisième jour et montre un dépôt sale et granuleux au fond du tube.

Au microscope, on voit des coccus en petits amas par deux et souvent par quatre ; ils prennent le Gram.

Deux tubes de gélatine ont poussé le cinquième jour sous la forme de grains arrondis liquéfiant la gélatine comme les précedents. Au microscope, on voit de petits coccus en zooglées ou isolés.

2e *Examen.* — (Sang pris immédiatement après la mort dans la veine fémorale.)

Deux tubes de gélatine ont poussé le sixième jour; ces cultures contiennent de petits points blancs et d'autres plus foncés, brunâtres. Elles ne sont donc pas pures. Au microscope, on voit en effet, par la méthode de Gram, des coccus très abondants en amas volumineux et des bâtonnets courts à bouts arrondis qui rappellent ceux que nous avons déjà mentionnés plus haut.

Un troisième tube de gélatine commençait à pousser de la même façon que les deux premiers; nous l'avons mis à la température de 39°.

La gélatine fondue à cette température s'est troublée, et au microscope, par la méthode de Gram, on y voit de nombreux coccus et seulement un ou deux bacilles.

Un flacon d'*Erlenmeyer* contenant de l'agar est ensemencé avec le sang. Trois jours après, il a poussé abondamment en îlots arrondis et tomenteux. Au microscope, par la méthode de Gram, on voit des coccus petits en culture pure et groupés en zooglées.

Arn..., vingt-deux ans, épileptique. — Les *lamelles de sang* examinées directement, ne laissent voir aucun microbe.

Trois tubes de bouillon à 39°. Deux de ces tubes sont troublés le cinquième jour; le troisième, le septième jour seulement. Tous déposent plus ou moins au fond.

Au microscope, on voit des coccus moyens, isolés, quelquefois par deux ou par quatre, ou bien encore en petites zooglées. Ils sont peu abondants, dans la préparation faite avec le dernier tube; plus nombreux dans les deux autres qui ont poussé mieux et plus vite. Ces coccus prennent le Gram.

Deux tubes de bouillon à 22°. Ces deux tubes se sont à peine troublés et ont un peu déposé au fond.

Au microscope, on y voit de petits coccus prenant le Gram, pas nombreux, isolés, par quatre et plus rarement en petits amas.

Evidemment ces recherches sont insuffisantes et demandent à être continuées; c'est du reste notre intention. Mais nous pouvons néanmoins essayer d'interpréter ces faits.

On sait quelles analogies existent entre les crises convulsives de l'éclampsie puerpérale et celles de l'épilepsie.

Plusieurs fois déjà ce rapprochement a été fait par les auteurs, si bien qu'on est allé jusqu'à dire que les convulsions éclamptiques des femmes en couches méritaient le nom d'épi-

lepsie aiguë. Or l'éclampsie puerpérale a été le sujet de très intéressantes recherches.

Le professeur Depaul range sous quatre chefs les hypothèses tendant à expliquer cet état : 1° congestion cérébrale; 2° névrose; 3° lésion rénale; 4° altération du sang. Il semble donner la préférence à cette dernière explication, mais se demande quelle en est la cause.

M. Delore (de Lyon)[1] invoque la théorie bactérienne et pense que l'altération du filtre rénal empêche l'élimination d'un produit toxique accumulé dans le sang. M. Doléris dans une série de communications faites à la société de biologie en 1883, 1885 et 1886 admet aussi la présence d'une substance toxique. Dans les cultures d'urine, il a pu isoler des microbes et surtout des streptocoques.

M M. Tarnier et Chambrelent sont venus démontrer à leur tour (Société de biologie 1892, février) le rapport inversement pro-proportionnel qui existe entre la toxicité du germe sanguin et de l'urine chez les éclamptiques. Les expériences de M. Bar le conduisent aux mêmes conditions. Neumann de Berlin[2] considère que l'origine infectieuse de l'éclampsie n'est pas douteuse.

Enfin les recherches de M. Emile Blanc lui ont permis d'isoler un microbe pathogène dans les urines ainsi que dans le sang de ces malades. M. Favre[3] en étudiant le même sujet trouva un micro organisme qu'il appela « micrococcus éclampsiæ ». M M. Comberale et V. Bué en mars 1892 présentent à la Société de biologie les résultats de leurs expériences et concluent à la présence dans le sang de staphilocoques aureus et albus surtout, et ils considèrent leurs toxines comme des substances éclamptisantes.

M. Hergott (de Nancy), dans une très intéressante revue générale (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 11 mars 1893), admet deux ordres de causes à l'éclampsie puerpérale : 1° l'auto-intoxication; 2° l'hétéro-intoxication due aux toxines des staphilocoques. Il montre que c'est surtout la toxine qui agit, ce qui explique très bien qu'on ne retrouve pas le microbe dans le sang d'une façon constante.

[1] Delore. — *Congrès de Blois*, sept. 1884.

[2] Neumann. — *Société de méd. de Berlin*, janvier 1892.

[3] Favre. — *Arch. de Virchow* 1891 et *Gaz. hebd. de médecine et chirurgie*, mai 1891.

On nous pardonnera cette digression un peu longue peut-être, mais elle a son intérêt. En effet dans nos expériences nous avons retrouvé deux fois un petit bacille court à bouts arrondis analogue à celui que décrit M. Emile Blanc et presque toujours des coccus qui semblent être des staphilocoques du genre albus le plus souvent comme dans les expériences de MM. Comberale et V. Bué sur les éclamptiques. L'analogie dans les résultats expérimentaux vient donc s'ajouter à l'analogie clinique.

Ici comme dans l'éclampsie puerpérale n'est-il pas possible que les accidents soient dus tantôt à une auto-intoxication, tantôt aux produits solubles des staphilocoques qui ne sont pas suffisamment éliminés et qui s'accumulent dans le sang pour y déterminer les altérations que nous avons signalées ! Si dans quelques cas les cultures de sang restent négatives, si les lamelles le sont aussi, il ne faut pas s'en étonner. On sait que très rarement l'examen direct du sang peut révéler la présence de microorganismes. Il faut faire des cultures et celles-ci ne donneront pas toujours de résultats. Dans l'espèce pour le staphilocoque cela se comprend facilement, car la bactériologie nous enseigne qu'il n'est pas dans les mœurs de ce microbe de passer dans le torrent circulatoire comme le fait si volontiers le streptocoque. Mais nous le répétons, nous ne pensons pas que les microbes agissent ici par leur présence directement. Nous croyons bien plutôt qu'il faut incriminer leurs produits de sécrétion, leurs toxines. Nous espérons que par la suite, ces recherches que nous continuons apporteront des résultats plus probants et nous permettront alors d'être nettement affirmatifs.

INTERPRÉTATION PATHOGÉNIQUE GÉNÉRALE.

Nous croyons donc pouvoir conclure que dans les cas qui nous occupent ici, c'est-à-dire dans l'épilepsie générale simple, il faut incriminer le plus souvent l'intoxication; que le poison soit formé de toutes pièces dans l'organisme ou sécrété par un microbe dont la toxine s'accumule dans le sang, ce n'en est pas moins l'action toxique qui entre en jeu. Nous n'avons pas encore conclu fermement à l'hétéro-intoxication, nos expériences n'étant pas assez nombreuses. Cependant il est possible que nous ne soyons pas obligés de choisir

entre l'auto et l'hétéro-infection; n'est-il pas admissible en effet que l'une et l'autre puissent donnner les mêmes résultats, et entrer alternativement en jeu suivant les cas. Les microbes sont en tout analogues à nos éléments cellulaires et la différence en apparence énorme qui semble séparer les êtres organisés supérieurs des êtres infiniment petits et monocellulaires n'est pas si grande qu'elle le parait à premiére vue, comme l'a montré M. Duclaux [1]. Les cellules qui constituent autant de microbes ont leur vie propre, leurs besoins, leurs exigences, tout comme chaque cellule de l'organisme. Les uns se nourrissent, absorbent et sécrètent absolument comme les autres, et l'on peut très bien concevoir que nos cellules puissent sécréter des substances toxiques dans certaines conditions tout comme les microbes sécrètent des toxines variables suivant leurs conditions d'existence.

Ce poison, quelle que soit sa provenance, aurait donc un pouvoir convulsivant. Introduit dans le torrent circulatoire et diffusé par lui dans l'organisme entier, il viendrait irriter les cellules nerveuses de l'encéphale et de la moelle et déterminerait l'ensemble d'actions réflexes qui constituent les accidents épileptiques. Ceux qui n'admettent pas la théorie de l'intoxication sont réduits à invoquer ce qu'ils appellent la décharge nerveuse. Il est évident que ce n'est là qu'un mot, il n'explique rien d'ailleurs et n'indique point la cause mystérieuse de l'épilepsie.

Ce poison agirait spécialement sur les centres vaso-moteurs, soit en paralysant les vaso-dilatateurs, soit en excitant les vaso-constricteurs, ce qui est le plus probable.

Plusieurs objections peuvent nous être posées, et d'abord on nous fera observer qu'on peut avoir des troubles vaso-moteurs sans être épileptique. D'accord, mais c'est qu'alors la prédisposition n'existe pas et n'a pas préparé le système nerveux à réagir dans un sens donné.

On nous opposera peut-être aussi l'épilepsie traumatique et l'épilepsie locale, enfin même les cas où l'épilepsie générale peut être provoquée d'une façon ou d'une autre sans qu'il y ait des troubles digestifs sur lesquels nous avons tant tenu à insister. Nous ne voyons rien de surprenant dans ces cas et nous ne croyons pas que ce soit des arguments solides contre

[1] Duclaux. — *Le microbe et la maladie.*

notre théorie pathogénique. Nous l'avons dit, nous ne nous sommes occupés ici que de l'épilepsie générale d'emblée, l'épilepsie dite idiopathique précédée et accompagnée de troubles digestifs ; mais nous avons fait remarquer que chez ces malades comme chez tous les épileptiques quels qu'ils soient, il y a une question de prédisposition héréditaire le plus souvent et qui domine toute la scène.

L'individu dont le système nerveux normal a tendance à réagir par des convulsions épileptiques verra sa prédisposition entrer en acte à toute occasion capable de la réveiller. Chez celui-ci ce sera à l'occasion d'un traumatisme, chez celui-là par la compression d'une cicatrice ; chez les uns ce sera sous l'influence d'une lésion cérébrale ou d'une irritation quelconque des terminaisons nerveuses (vers intestinaux par exemple). Chez les autres ce sera sous une influence morale et physique. Enfin dans un grand nombre de cas, nous croyons même pouvoir dire dans la majorité des cas d'épilepsie générale d'emblée, ce sera l'intoxication qu'il faudra mettre en avant.

Un rapide coup d'œil sur la marche des accidents et l'évolution de la maladie, nous fera mieux comprendre encore. Nous avons distingué deux genres d'épileptiques : ceux chez lesquels il n'y a pas de troubles gastro-intestinaux, ni d'état saburral de la langue, et ceux chez lesquels ces phénomènes existent et sont très marqués. Dans le premier cas on a affaire à l'épilepsie réflexe, dans le second à une intoxication, sans préjuger du reste de l'origine du poison. Or, la marche des accidents est très différente dans ces deux espèces d'épilepsie.

Dans l'épilepsie réflexe l'état de l'intelligence reste très longtemps normal, les facultés intellectuelles peuvent n'être pas touchées et on ne constate pas cette hébétude prolongée cette déchéance progressive de l'intelligence qui conduit à l'abrutissement complet et à la démence. C'est qn'en effet, dans l'épilepsie réflexe, qu'elle soit locale, généralisée ou même générale d'emblée, les accès sont le résultat d'une excitation brusque et passagère dont la cause déterminante rapide et fugace n'agit qu'un moment.

Au contraire, dans l'épilepsie générale qui s'accompagne de l'état gastrique sur lequel nous avons tenu à insister, l'hébétude postparoxystique est de règle, elle dure même parfois assez longtemps et enfin les malades arrivent à la démence. C'est

qu'ici l'épilepsie a pour cause déterminante une intoxication; cette cause n'agit plus brusquement comme tout à l'heure. Le poison s'accumule progressivement, partant de zéro il passe par un maximum qui répond aux accès pour décroître ensuite. Il y a donc là une irritation prolongée par inhibition des centres nerveux ou altération cellulaire, d'où la déchéance plus complète et plus rapide de l'intelligence. Ceci nous explique même certains cas que nous avons signalés à propos de la démence épileptique. Nous avons dit que celle-ci pouvait avoir une marche progressivement croissante dans certains cas, au lieu que dans les autres elle marche par poussées successives avec des rémissions. Eh bien ces poussées successives répondent aux accès accompagnés de troubles gastriques, tandis que les rémissions surviennent quand ces mêmes troubles font défaut. On peut donc voir chez un même malade les deux ordres de causes entrer en jeu alternativement pour produire les accidents épileptiques.

En résumé nous concluons donc de cet essai pathogénique :

1° Que la prédisposition du système nerveux, prédisposition presque toujours héréditaire est la première condition, capitale, indispensable pour que les accidents épileptiques puissent apparaître; 2° que l'épilepsie générale peut être sous la dépendance de deux causes déterminantes distinctes; ce qui permet d'admettre une épilepsie réflexe et une épilepsie par intoxication, celle-ci plus grave que l'autre ; 3° que ces deux genres d'épilepsie peuvent alterner chez un même sujet ; 4° que l'intoxication peut, suivant les cas, venir de l'organisme lui-même ou du dehors, auto-infection et hétéro-infection.

TRAITEMENT

Il n'y a peut-être pas de maladie où le traitement soit aussi varié que dans l'épilepsie. Chacun a voulu apporter son remède à une affection aussi redoutable, et cette profusion de médicaments ou de méthodes prescrits est une preuve de la non-efficacité de tous ces moyens et de l'incurabilité de la maladie dans la plupart des cas. Dans ces derniers temps avec le bromure de potassium, on croyait avoir le médicament par excellence, la panacée de l'épilepsie. Legrand du Saulle[1] l'appelle la muselière

[1] Legrand du Saulle. — *Étude médico-légale sur les épileptiques*, 1877.

de l'épilepsie, mais il fait bien ressortir comme A. Voisin [1] que le médicament une fois adopté doit être continué pendant longtemps; il est nécesaire au malade comme la nourriture. Il devient donc pour lui une sorte d'aliment et quand on le néglige le malade alors peut-être « appelé à liquider son arrièré ». Depuis un certain temps on est revenu à des opinions plus modérées sur ce médicament et tout en lui reconnaissant des propriétés hyposthénisantes nerveuses et vasculaires, on est loin de lui accorder pleine propriété curative. Nous en reparlerons tout à l'heure quand nous passerons en revue les différents médicaments que l'on doit recommander dans cette maladie. Nous avons établi que l'épilepsie générale, appelé encore épilepsie idiopathique ou épilepsie névrose, est dans la presque totalité des cas ou sinon dans tous les cas, d'origine infectieuse. Les symptômes précurseurs de l'accès que nous avons tâché de mettre en évidence, ainsi que les symptômes concomitants d'une part, et d'autre part les expériences que nous avons entreprises sur les urines et sur le sang de ces malades, nous paraissent péremptoires contre cette auto ou hétéro-intoxication de l'économie et contre l'irritabilité du système nerveux.

Nous laisserons de coté la thérapeutique des épilepsies traumatiques. Elle est souvent du ressort de la chirurgie. Nous ferons seulement observer que lorsque les épileptiques de cette catégorie présenteront des symptômes d'épilepsie générale, ils devront être soumis à la médication que nous préconisons tout en ne négligeant pas les moyens chirurgicaux. Les épilepsies symptomatiques de la syphilis, du saturnisme, de l'alcoolisme, ne nous occuperont pas non plus, nous limiterons notre travail à l'épilepsie vraie.

Le traitement de l'épilepsie comprend deux indications : la première s'applique à l'accès paroxystique et la deuxième vise les causes qui déterminent la maladie. La conception pathogégénique de cette affection ayant été variable et même dissemblable selon les auteurs, il s'en est suivi une foule de moyens thérapeutiques. Nous n'en parlerons que très brièvement et pour mémoire mais nous ne les décrirons pas; mais nous nous appliquerons surtout à décrire ceux que nous avons employés et à fournir les résultats de nos observations.

Nous savons que l'accès paroxystique est généralement pré-

[1] A. Voisin. — *Recherche clinique sur le bromure de potassium,* 1866.

cédé de symptômes précurseurs éloignés ou immédiats. Eh bien c'est au médecin à soigner ces symptômes précurseurs. Pour nous les symptômes précurseurs que décrivent tous les auteurs sont toujours accompagnés d'état gastrique, d'état saburral de la langue. Nous devons soigner cet état gastrique par des laxatifs et par une hygiène appropriée; nous verrons souvent ces symptômes précurseurs disparaître et l'accès avorter.

Mais quand on est en présence de symptômes immédiats, d'accès, d'auras, il faut diriger tous nos soins contre eux; quand l'aura est d'origine sensitive ou motrice du côté d'un membre par exemple, on frictionnera ce membre ou bien on le comprimera. C'est Odier qui a surtout préconisé la ligature des membres au-dessus des auras. Quelquefois la flexion exagérée ou l'extension forcée d'un orteil ou d'un doigt arrête une attaque comme Bravais l'a montré. Il en est de même de la traction violente sur les parties du membre qui sont le siège de l'aura. Une douleur vive déterminée dans un point quelconque du corps peut aussi produire le même résultat. — Brown-Séquard a montré que la trépidation électrique du membre inférieur peut être arrêtée par la flexion du pied dans l'épilepsie partielle.

Quand il existe une aura gastrique, on donnera à boire au malade quelques gouttes d'eau chloroformée, de fleurs d'oranger ou de mélisse. Cette simple ingestion pourra amener la suspension de l'attaque. Nothnagel et Schultz ont arrêté une attaque en ingurgitant du sel marin dans la bouche d'un malade. Nous-mêmes nous avons obtenu ce même résultat chez une de nos malades. Mais dans tous ses cas à aura, nous ne parvenons à un heureux résultat que si la maladie est d'origine reflexe et non d'origine symptomatique d'empoisonnement. Si cette épilepsie reflexe revêt à un certain moment donné la forme d'épilepsie générale, nous ne pourrons provoquer aucun soulagement par ces moyens. L'accès aura lieu quand même; il sera peut être retardé, mais il évoluera à un moment donné.

Nous ne parviendrons à l'empêcher que si nous dirigons nos moyens sur l'état général du malade, sur son état gastrique d'abord.

Cette distinction de l'épilepsie reflexe à aura, ne s'accompagnant pas d'état gastrique et de l'épilepsie reflexe à aura s'accompagnant d'état gastrique, par conséquent devenant épilepsie ordinaire, est très importante à connaître, car l'une est gué-

rissable et bénigue et l'autre est généralement incurable et des plus graves.

C'est cette distinction que Lasègne a voulu faire, en nous disant que les épileptiques à aura, sont des épileptoïdes et non des épileptiques vrais. La marche de la maladie en effet n'est pas la même et la terminaison en est différente aussi. Mais cet homme distingué n'avait pas attiré l'attention des praticiens sur cet état saburral concommitant des voies disgestives. Pour lui l'épileptique vrai tombait tout d'un coup sans prodrôme et sans aura; l'état gastrique pour lui passait inaperçu et il s'appuyait seulement sur cette brusquerie des accidents et sur les asymétries faciales pour porter son diagnostic. Comme nous le disons plus haut, pour nous le signe capital différentiel est l'état gastrique du sujet accompagnant généralement les stigmates de la face, puisque l'épilepsie est essentiellement héréditaire et d'origine dégénérative.

En présence de l'iniminence d'un accès épileptique, nous devons protéger le malade autant que possible contre le choc et éviter la suffocation. Certains malades tombent toujours en avant, d'autres en arrière, d'autres enfin sur le côté. Quelques-uns s'affaissent sur eux-mêmes.

Ceux qui tombent lourdement en avant ou en arrière doivent porter un bourrelet autour de la tête pour se préserver d'une fracture du crâne ; malgré cela cependant il arrive quelquefois qu'ils se brisent la tête contre l'encognure d'un mur ou d'un meuble. Nous devons autant que possible faire en sorte qu'ils ne restent pas seuls dans un appartement où il y a du feu, car ils peuvent se bruler cruellement ou mettre le feu à l'appartement. Les cas de mort par brûlure ou incendie ne sont pas rares. On doit aussi recommander à ces malades de prendre des métiers qui ne les exposent pas à des morts certaines dans leur chute, comme celui de couvreur, de laveur, de matelot, etc. Enfin aussitôt qu'un malade est à terre, il faut l'étendre horizontalement, lui relever très légèrement la tête, la poser de côté, déboutonner ses vêtements et lui tirer la langue hors la bouche si par hasard elle tendait à être avalée.

Quand un malade est exposé à des accès nocturnes fréquents, on devra le surveiller la nuit, car il peut, dans ses mouvements convulsifs, se retourner la face contre l'oreiller et mourir étouffé. Il peut s'enrouler aussi sous ses couvertures ou s'étrangler avec ses vêtements. Il faut en outre faire coucher le

malade sur un lit bas ayant des balustrades et contenant des oreillers en crin ou en varech, plutôt que des oreillers en plume, qui sont trop mous et qui remontent par ce fait trop facilement autour de la face.

Mais ce qui doit surtout occuper le médecin dans le traitement de l'épilepsie, c'est l'hygiène de son malade. Avec une bonne hygiène, on peut éviter beaucoup d'accidents. Le médecin, en effet, est en présence d'un tempérament à système nerveux défectueux, à impressionnabilité plus ou moins grande et à tendances convulsives et impulsives. Il faut que par la direction qu'il va donner à l'enfant atteint de cette maladie, il lui évite des excitations funestes. Il doit donc veiller à son éducation, à son instruction, à son alimentation et à son habitation. Parmi les enfants atteints de cette terrible maladie, les uns sont intelligents, les autres sont débiles et présentent de la dégénérescence mentale. Les enfants intelligents ne seront pas poussés vers des travaux intellectuels demandant une grande tension d'esprit. L'assiduité au travail leur est funeste et provoque des convulsions. Les exercices violents amènent le même résultat. La vie à la ville, au milieu des excitations physiques et intellectuelles, leur est nuisible. Il leur faut une vie calme à la campagne, et un travail manuel aux champs leur est des plus favorables. Le jardinage est le but que l'on doit se proposer dans beaucoup de cas. Le professeur chargé de l'éducation d'un enfant épileptique doit avoir une grande fermeté en même temps qu'une grande douceur. Il doit sans cesse se rappeler qu'il a devant lui un être éminemment excitable et impulsif.

L'alimentation doit être surveillée avec soin. Nous avons vu que des troubles digestifs sont presque toujours l'indice d'un accès et que sous l'inflence d'un écart de régime, l'épileptique est sujet à des accès convulsifs. Le vin pur, l'alcool sous toutes ses formes (eau-de-vie, absinthe, cassis, chartreuse, madère, bitter, etc.) doivent être bannis. Nos malades, les jours de sortie, sont presque toujours pris d'accès, soit chez eux, soit en rentrant à l'hospice. Cela tient soit aux excès de table qu'ils font, soit aux excès génésiques auxquels ils se livrent pendant leur sortie. L'onanisme, de même que l'excès génésique, est très défavorable à l'épileptique, aussi devrons-nous surveiller avec soin les fonctions sexuelles chez les jeunes gens au moment de la puberté. A cette époque de la vie, beaucoup d'enfants

voient leurs accès convulsifs augmenter et leur intelligence s'arrêter dans son évolution et même rétrograder.

Huglings Jackson recommande une nourriture variée et substantielle, mais comme il croit que l'épilepsie résulte de modifications de nutrition de la substance nerveuse, et comme d'autre part il sait que les épileptiques, dans leurs accès, éliminent par leurs urines un excès d'acide phosphorique uni aux terres, il préconise l'usage d'huile phosphorée pour suppléer à cet excès d'élimination de phosphore. Pour lui, le phosphore est un principe tempérant du système nerveux, et dans l'épilepsie, il serait remplacé par des substances azotées. Nous avons employé ce moyen chez plusieurs malades et nous n'avons pas retiré de cette médication tout le bien que nous en espérions. La balnéation et l'hydrothérapie doivent être recommandees et prescrites avec méthode. C'est un moyen excellent pour obtenir la sédation et en même temps la tonification du système nerveux. De plus, il favorise les fonctions de la peau et par suite l'élimination des toxines de l'économie. Il doit être prescrit en même temps qu'une médication interne.

L'habitation doit être bien exposée au soleil levant. Un grand jardin doit, autant que possible, l'entourer. Enfin les chambres de ces malades doivent être au rez-de-chaussée pour éviter, dans les escaliers, des chutes qui pourraient être mortelles. C'est pour cette raison que les quartiers des épileptiques, dans les hospices, ne comprennent pas de bâtiments à étages.

Un homme épileptique, ayant des accès fréquents, ne peut trouver de travail dans les ateliers; il est renvoyé par ses patrons. De là, la misère et l'impossibilité absolue de la combattre, puisque le pauvre ouvrier est repoussé de tout le monde. On devrait l'hospitaliser; mais la loi de 1838 ne permet d'hospitaliser que les aliénés ou les impulsifs dangereux, et l'État n'a pas encore pris les mesures nécessaires pour subvenir aux besoins de ces pauvres infirmes. Des colonies agricoles devraient être instituées pour recevoir ces pauvres déshérités de la nature humaine, ou bien on devrait les placer dans des familles de cultivateurs où ils pourraient gagner leur vie, c'est-à-dire payer leurs dépenses par les services qu'ils rendraient. En Westphalie, à Bielefeld, une colonie de ce genre est instituée sous la direction d'un médecin, et donne de bons résultats.

Un épileptique dangereux, c'est-à-dire un malade qui a commis des actes nuisibles ou qui a montré une conduite violente et n'a été empêché que par la force de produire des effets nuisibles, doit être séquestré dans une maison de santé et ce malade même ne devra jamais en sortir s'il a commis un crime sous l'influence des accès paroxystiques.

Nous venons de passer en revue les mesures hygiéniques que l'on doit prendre pour un épileptique; voyons maintenant quel traitement interne nous devons lui donner. Beaucoup de médicaments ont été proposés et essayés et aucun, malheureusement n'a été reconnu infaillible. Nous ne les passerons pas tous en revue, mais nous attirerons l'attention sur ceux que l'on préconise le plus souvent.

Les *antispasmodiques* et les *calmants* sont les médicaments qui ont tenu et qui tiennent encore la plus grande place dans la thérapeutique de l'épilepsie; nous citerons le camphre, les fleurs de tilleul et d'oranger, le gallicum, l'éther, le nitrite d'amyle, la valériane, l'assa-fœtida, la belladone, l'opium, l'oxyde de zinc, la coque du Levant, la digitale, la jusquiame et l'hyoscyamine, etc. Ces médicaments se donnent à des doses variables, et le plus souvent ils sont associés entre eux pour la composition de pilules. C'est ainsi que l'oxyde de zinc est associé à la valériane et à la jusquiame dans les pilules de Méglin. Herpin prescrivait l'oxyde de zinc seul jusqu'à la dose de 6 grammes par jour et prétendait en avoir de bons résultats. D'autres auteurs l'employèrent et n'eurent pas le même bonheur. On donne généralement maintenant ce médicament en même temps que le bromure de potassium, et on pense que cette association produit de meilleurs résultats. Le camphre a été recommandé surtout chez les épileptiques comme anaphrodisiaque. Son action curative n'est pas démontrée. Le Dr Clin a fabriqué des capsules de *bromure de camphre*, qu'il donne à la dose de 10 à 12 par jour; elles amèneraient, d'après le Dr Bourneville, un effet sédatif, surtout chez les épileptiques vertigineux.

Le *nitrite d'amyle* a été employé en inhalations par le même auteur, et M. Bourneville prétend avoir ainsi provoqué des avortements d'accès. Weir Mitchell l'introduisit le premier dans la thérapeutique de l'épilepsie, en 1872. Ce médicament a la propriété d'amener une congestion de la face et du cerveau, par conséquent il devrait guérir l'épilepsie si cette mala-

die était due à l'anémie cérébrale, comme l'ont voulu certains auteurs[1].

L'*opium* et ses dérivés, surtout la morphine, paraissent calmer pour un moment les accès. Mais le morphinisme arrive bien vite sous l'influence de la médication et le remède est bientôt pire que le mal. Aussi ne doit-on pas en faire usage. La *belladone* ou son alcaloïde, l'atropine, paraît surtout être efficace dans une manifestation épileptiforme, l'incontinence nocturne d'urine. C'est Trousseau qui a remis en honneur cette médication.

Les valérianates d'ammoniaque, de zinc ou de fer, ou encore la valériane en poudre, l'acide valérianique, ont leurs partisans, mais on ne peut mettre à leur actif aucun cas de guérison. Il en est de même des médicaments suivants : l'assa fœtida, la jusquiame, le datura stramonium, l'aconit, le musc, le castoreum, etc.

Gowers conseille le borax. Il le donne à la dose de 2 à 5 grammes en commençant par 0,75 à 1 gramme et prétend avoir quelques succès. Son administration peut produire une éruption cutanée, du psoriasis ou de l'eczéma. Féré l'a employé à la dose de 1 à 3 grammes et n'a pas obtenu de bons résultats. Pour combattre le psoriasis Gowers donne de l'arsenic.

Couyba, Hambrusier[2] eurent des résultats heureux avec la coque du Levant et son alcaloïde, la picrotoxine. La teinture de la coque du Levant se prescrit à la dose de 20 à 50 goutes et la picrotoxine à la dose de 1 à 6 milligrammes. Nous l'employâmes en 1880-1881 et voici les quelques observations et le tableau comparatif des accès chez les mêmes malades traités par le bromure de potassium seul ou les bromures de potassium et de sodium réunis ensemble. Nous avons constaté que lorsque l'on donnait la picrotoxine à la dose de 1 à 2 milligrammes, le pouls était légèrement accéléré. Il montait à 92 et 100. Les urines étaient augmentées de volume 1,800 à

[1] Nous avons également employé le *sulfate de cuivre*, l'*oxyde de zinc*, la *glace* (Recherches sur l'épilepsie et l'hystérie, 1876). Le *bromure d'éthyle* (Compte rendu de Bicêtre, 1880); — le *bromure d'or*, les *aimants*, l'*hydrothérapie* (Id., 1883); — le *curare*, l'*acide sclérotinique* (Ibid., 1884). La *picrotoxine* (Ibid., 1889) ; — les *injections sous-cutanées de liquide testiculaire* (Ibid., 1895) ; enfin, le *bromure de zinc* et le *bromure de nickel*. Tous les ans, dans nos Comptes rendus de Bicêtre, nous sommes revenus sur l'emploi prolongé de l'*hydrothérapie*. (B.).

[2] Hambrusier. — *Traitement de l'épilepsie*, 1880. Bulletin de l'Académie de Médecine. Belgique.

2,000 grammes et enfin l'appétit au début était exagéré. Nous avons donné ce médicament pendant deux ou trois mois de suite chez des sujets qui prenaient depuis plusieurs années déjà du bromure de potassium; puis après la picrotoxine nous avons repris le bromure de potassium ou le sel double de bromure de potassium et de sodium. Enfin dans quelques cas, à la suite d'un de ces traitements, nous avons laissé le malade sans aucune médication pendant un mois ou deux, quelquefois trois mois pour reprendre ensuite le traitement bromuré. Si nous jetons un coup d'œil sur les tableaux, nous ne voyons pas de grandes différences dans le nombre des accès et nous ne constatons pas d'état de mal produit par la suppression d'un de ces traitements. Ce qui attire surtout notre attention dans tous ces relevés et dans ces observations, c'est ce fait : chaque fois que l'on change un traitement, on voit dans les quinze jours qui suivent, le nombre des accès diminuer soit qu'il s'agisse de substituer un traitement à un autre, soit qu'il s'agisse de le supprimer seulement sans le remplacer. Mais dans la majorité de nos observations la picrotoxine n'a paru amener aucune amélioration. Dans quelques cas même le nombre des accès paraît augmenter.

Kræsch...., trente-six ans. Epileptique.

Aucune médication pendant soixante-douze jours. — Trois accès.

1880	Bromure de potassium.	Bromures de potassium et de sodium.
Février		2 accès.
Mars		1 —
Avril		2 —
Mai		1 —
Juin		6 —
Juillet		3 —
Août		5 —
Septembre	5 accès.	
Octobre	2 —	
Novembre	2 —	
Décembre	1 —	

Inc..., quarante-six ans. Epileptique.

1880	Bromure.	Picrotoxine.	Suspension du trait.
Janvier	6 accès.		
Février	2 —		

1880	Bromure.	Picrotoxine.	Suspension du trait.
Mars.	1 accès.		
Avril { jusqu'au 21. . .	0 —		
Avril { à partir du 21. .			7 accès.
Mai			1 —
Juin.			9 —
Juillet.			4 —
Août.		5 accès.	
Septembre.	0 —		
Octobre	3 —		
Novembre.	1 —		
Décembre	2		

Matig..., dix-sept ans. Epileptique.

1880	Bromure.	Picrotoxine.	Suspension du trait.
Janvier	3 accès.		
Février { jusqu'au 5 . .	7 —		
Février { à partir du 5.			0 accès.
Mars			3 —
Avril.			2 —
Mai			2 —
Juin.			2 —
Juillet { jusqu'au 13 . .			0 —
Juillet { à partir du 13.		3 accès.	
Juillet { à partir du 28.		0 —	
Août.	2 —		
Septembre.		7 —	
Octobre		9 —	
Novembre	2 —		
Décembre	4 —		

Albo..., trente-deux ans. Epileptique.

1880	Bromure.	Picrotoxine.
Janvier	3 accès.	
Février	2 —	
Mars	1 —	
Avril { jusqu'au 7. . .	0 —	
Avril { à partir du 7. .		5 accès.
Mai.		4 —
Juin		4 —
Juillet.		2 —
Août	1 —	
Septembre.		10 —
Octobre { jusqu'au 6. .		0 —
Octobre { à partir du 6.	0 —	
Novembre.	2 —	
Décembre.	2 —	

Tinet..., trente-six ans. Epileptique.

1880	Bromure.	Picrotoxine.	Suspension du trait.
Janvier	14 accès.		
Février	11 —		
Mars	3 —		
Avril { jusqu'au 21	4 —		
Avril { à partir du 21			0 accès.
Mai			2 —
Juin			7 —
Juillet			8 —
Août		5 accès.	
Septembre	2 —		
Octobre	1 —		
Novembre	5 —		
Décembre	6 —		

Quand l'élément douleur est prononcé, et surtout quand il existe une migraine ophtalmique, on prescrit concurremment avec les autres médicaments de l'antipyrine à la dose de 1 ou de 2 grammes et on voit souvent la douleur diminuer.

(*A suivre.*)

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. Recherches statistiques sur les anomalies somatiques les plus importantes chez les paralytiques généraux; par Théodor Kaes. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, LI, f. 4.)

Etude très complète des symptômes physiques de la paralysie générale. Les *signes de dégénérescence* ont été peu étudiés chez les paralytiques généraux : l'auteur les a observés dans la proportion de 2,17 p. 100; chez la plupart des malades plusieurs stigmates étaient réunis (anomalies du crâne, asymétrie chromatique de l'iris, malformations dentaires, syndactylie, hypospadias, etc.). Les *anomalies des sens* du goût et de l'odorat n'ont pu faire l'objet d'une étude précise. Pour la vision l'auteur distingue les troubles visuels proprement dits et les troubles moteurs de l'œil. La cécité a été observée dans 4,5 p. 100 des cas; la moitié de ces observations concernait des sujets atteints d'amau-

rose *double*. Les troubles pupillaires ont été notés dans 82 cas sur 100; — l'inégalité des pupilles 62,7; — le myosis double, 7,2; — la mydriase double, 3,6; — immobilité des pupilles avec largeur moyenne, 2; — déformation pupillaire (synéchies), 4,2 p. 100. Sur 100 paralytiques des deux sexes on ne note l'absence de troubles pupillaires que chez 17 (hommes 13,4; femmes 33,9 p. 100). Ces troubles sont moins fréquents chez les paralytiques syphilitiques. Le strabisme a été relevé dans 3,3 cas p. 100; — le ptosis dans 12,3 p. 100; — le nystagmus est rare. Les troubles auditifs ne sont pas fréquents (1,3 p. 100). La voracité a été notée dans 2,1 p. 100.

Les *troubles de la sensibilité générale* se rencontrent dans 43,3 cas p. 100; ils peuvent se répartir ainsi :

Maux de tête de la période prodomique	9,6
— au cours de la maladie confirmée	9,0
Névralgies	7,4
Hypéresthésie	5,9
Anesthésie	11,4
	43,3

Troubles de la motilité. — Nous reproduisons le tableau qui a trait aux troubles moteurs des nerfs de la face :

Grincement de dents	6,8	p. 100.
Trismus	2,7	—
Troubles de la déglutition	13,4	—
Tremblement fibrillaire	15,4	—
Parésie faciale	51,9	—
Déviation, tremblement de la langue, etc.	30,3	—
	15,0	—

Les troubles dans le domaine des muscles masticateurs (paralysies et convulsions) ont été relevés dans près du quart des cas observés (22,9 p. 100).

Parmi les troubles de la parole, l'*hésitation* a été notée dans 51,2 cas p. 100, la parole lente, traînante dans 21,6 cas, la paraphasie 9,2, la parole scandée 3,5. le balbutiement 8,6, le langage incompréhensibe 15,8, la parole inarticulée 5,6. L'auteur donne en outre des statistiques détaillées touchant la fréquence des modifications de la voix (nasonnement, bégaiement, etc.), qui se montrent chez 11,7 p. 100 des malades; des troubles de la diction que l'on note dans 19,4 cas p. 100 (aphasies motrice et sensorielle). Les *troubles de la marche* ont été observés dans 48,7 cas p. 100; ils se répartissent ainsi : démarche incertaine 30; démarche parétique ou paralytique 28,1, démarche spasmodique 24,3, etc.

Les autres troubles de la motilité ont été observés dans la proportion suivante :

Incoordination des mouvements des membres inférieurs.	7,3
Parésie ou paralysie des sphincters.	39.5
Ischurie.	11,8
Tremblement généralisé	20,2
Excitation motrice.	33,5
Mouvements choréiformes	6,2

Les *ictus cérébraux* se rencontrent, dans la période prodromique, chez le quart des paralytiques : les vertiges, les attaques apoplectiformes, les accès épileptiformes sont en nombre à peu près égal. Après la période prodromique la fréquence des ictus cérébraux est la suivante :

Vertiges : 6,2 p. 100; attaques épileptiformes, 21,5; attaques apoplectiformes, 13,2; secousses convulsives avant la mort, 11,4. On arrive au total de 47,9 cas d'ictus cérébraux sur 100 paralytiques. Suit un tableau statistique des segments du corps intéressés par les phénomènes paralytiques ou convulsifs.

L'*hémiparésie* et l'*hémiplégie* ont été relevées dans 23 cas p. 100; les *contractures* dans 7,6 cas.

Parmi les *troubles trophiques* l'auteur signale le *décubitus* dans 35,3 cas p. 100 (le décubitus aigu n'a été relevé que dans 4,5 p. 100); le zona, 0,9; les bulles, 4,5; l'hématome de l'oreille, 2,5; les fractures, 4; la salivation, 2,4.

Les recherches statistiques de l'auteur portent sur plus de 1,300 paralytiques des deux sexes, et sont résumées en quatorze tableaux où l'on trouve les chiffres réels et les chiffres proportionnels.

M. Kaes distingue dans ses tableaux les paralytiques simples, les paralytiques syphilitiques, les paralytiques tabétiques et les paralytiques alcooliques. P. Sérieux.

II. De la céphalalgie dans les maladies mentales; par le Dr Cullerre. (*Annales médico-psychologiques*, août 1894.)

La céphalgie n'est pas un symptôme de la folie et les traités d'aliénation n'en font guère mention. D'après le Dr Bevan Lewis, le mal de tête des aliénés ordinaires n'est pas, à proprement parler, une algie, mais un phénomène appartenant au groupe excessivement nombreux des dysesthésies. Ce même auteur estime que la céphalalgie existerait au nombre des symptômes de la paralysie générale.

M. Cullerre ne croit pas qu'elle y soit fréquente et c'est à peine si on peut la rencontrer, et rarement, comme symptôme prodromique. Il l'a rencontrée assez souvent dans les anamnestiques de certaines démences congestives ou avec lésions en foyer; mais ce n'est pas

un phénomène habituel et il n'a peut-être d'autre signification que d'être le signe banal d'une constitution névropathique : c'est à ce titre que la céphalalgie se rencontre fréquemment dans les antécédents morbides des aliénés. Dans certains cas, la céphalalgie, survenue comme phénomème prodromique peut acquérir une certaine valeur en mettant sur la voie du diagnostic, si l'on se rappelle la place que prend la céphalalgie parmi les symptômes des auto-intoxications en particulier de l'urémie. On commence en effet à se rendre compte que les auto-intoxications ne sont pas sans jouer un certain rôle dans la genèse de la folie et, parmi ces auto-intoxications, l'urémie occupe probablement une place prédominante. E. B.

III. La conscience dans les crises épileptiques; par le Dr Bombarda. (*Revue neurologique,* déc. 1894.)

Les faits d'épilepsie partielle où la conscience persiste intacte pendant l'accès ne sont plus à démontrer.

A côté de cas de transition entre l'inconscience absolue qui accompagne d'ordinaire la crise d'épilepsie généralisée et le maintien de la conscience au cours de ces crises, l'auteur cite deux cas qui lui paraissent probants, destinés à démontrer qu'une attaque épileptique peut se dérouler dans un état de conscience plus ou moins parfait. E. B.

IV. Observations sur les délires associés et les transformations du délire; par le Dr H. Dagonet. (*Annales médico-psychologiques.* janvier 1895.)

On observe assez fréquemment la transformation d'un délire dans un autre ou l'association chez un même individu des délires les plus différents et les plus contradictoires par exemple l'association du délire dépressif, d'idées ambitieuses et d'idées hypocondriaques, de persécution, etc. L'auteur a réuni une série d'observations intéressantes de ces formes complexes de l'aliénation mentale. En tête des transformations du délire observées chez certains aliénés se place la folie circulaire. Les formes les plus diverses d'aliénation donnent à l'auteur l'occasion de citer des observations de délires combinés : paralysie générale, alcoolisme, délire des négations, délire systématisé des persécutions auquel vient se joindre parfois du délire ambitieux sans que l'on puisse, suivant l'auteur, considérer ce délire ambitieux comme une transformation du délire de persécution.

A part les délires alcooliques plus ou moins aigus, l'association la transformation de différents délires paraît augmenter la gravité du pronostic du délire primitif. E. B.

V. Un cas de morphinomanie; par M. Seulecq. (*Annales médico-psychologiques*, janv. 1894.)

L'intéressante observation relatée par l'auteur présente plusieurs particularités peu fréquentes montre toute l'importance de l'état névropathique, héréditaire ou acquis, dans le développement de la morphinomanie.

Un sujet non névropathe, après un an d'usage de la morphine, cesse brusquement les injections sans éprouver aucun phénomène autre qu'un certain degré de nervosisme. Lorsque le malade, devenu ainsi névropathe, reprend, un an après, l'usage de la morphine, l'appétence apparaît avec accoutumance rapide et besoins impérieux d'augmenter sans cesse.

Le malade n'est pas sans lutter et, chose assez rare, essaye de lui-même, par deux fois, à supprimer la morphine.

Chose peu commune aussi, le malade a présenté pendant cinq ans une certaine immunité, l'usage de la morphine n'ayant donné lieu à aucun phénomène spécial. E. B.

VI. Les difformités osseuses de la tête et la dégénérescence; par le Dr Cullerre. (*Annales médico-psychologiques*.)

Les aliénistes sont loin de s'entendre sur la nature de la dégénérescence et sur son importance. A propos d'un livre récent du Dr Talbot, l'auteur fait une étude critique de la valeur des malformations osseuses de la tête et de la face en tant que stigmates de dégénérescence.

Dans la production des anomalies dites de dégénérescence, certaines causes générales comme le climat, l'habitat, le mélange des races et de l'hérédité physiologique jouent un rôle de premier ordre, sans compter ce que M. Talbot appelle les névroses de développement, provoquant des perturbations nutritives pendant la croissance des individus à lourdes tares héréditaires.

Si ces anomalies de développement présentent souvent un caractère banal, se présentant avec une extrême fréquence dans la masse de la population réputée saine, il ne s'ensuit pas cependant que la dégénérescence soit un vain mot, ni que ce soit une notion superflue pour la connaissance des maladies mentales. Il est des incorrections physiques, sans parler des psychiques, qui, accumulées chez le même aliéné, lui constituent un facies spécial qui porte avec lui son diagnostic; mais il y a loin de là à confondre toutes les manifestations de la folie dans le vaste sein de la dégénérescence et à faire de ce fait biologique la base même de la connaissance des malades de l'esprit. E. B.

VII. Rapport des anomalies morphologiques avec les maladies nerveuses et mentales endogènes; par Sommer. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* N. F., IV, 1893, N. F., V, 1894.)

Y a-t-il entre les déviations morphologiques de la construction du crâne et les maladies neuropsychopathiques endogènes un rapport ou non?

Commençons par étudier *l'arrêt de développement intellectuel congénital.* Le type des troubles intellectuels fonctionnels endogènes est la *débilité mentale* sans substratum anatomo-pathologique. Mais on peut y rencontrer des anomalies morphologiques générales ou spéciales du crâne dont il s'agit d'établir les relations avec les troubles intellectuels. Voici par exemple une observation de ce genre concernant trois frères présentant des degrés divers des troubles psychiques qui nous occupent. L'affaiblissement psychique est ici congénital. A côté de cela, il y a chez eux une ensellure cranienne. Ils tiennent évidemment la dégénérescence psychique du côté paternel tandis que le côté maternel, indemne de toute anomalie mentale, leur a transmis l'anomalie morphologique; celle-ci n'a évidemment dans l'espèce rien à voir avec celle-là.

P. Keraval.

VIII. Nouvel examen du malade dont l'observation a servi de base à la théorie de l'épelage pour la lecture et l'écriture; par Sommer. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F., V, 1894.)

Il s'agit du malade de M. Grashey[1] qui, tombé d'une échelle en novembre 1893, a présenté les symptômes d'une fracture de la base avec troubles intellectuels d'origine cérébrale, et au sujet duquel on a successivement diagnostiqué diverses localisations. Il s'agit, d'après M. Sommer, d'une *lésion en foyer à troubles périodiques.*

L'auteur fait à son tour une nouvelle hypothèse; puis dans une note il ajoute que depuis qu'il a rédigé cette analyse clinique et ses conclusions anatomiques, certains symptômes se sont modifiés et ne justifient pas la théorie tout entière qu'il a émise, de sorte que les conclusions suivantes ne sont plus vraies que partiellement.

1° En réalité, le malade, à l'aspect seul des objets, n'en peut trouver le nom; c'est le symptôme, non d'un affaiblissement général de la mémoire, mais d'une lésion en foyer; 2° il trouve en écrivant les noms des objets qu'il voit. Ceci ne peut pas s'expliquer par la théorie du syllabage de la lecture et de l'écriture. Il faut admettre qu'il y a une union directe entre le centre des conceptions représentatives des objets et le centre des conceptions représentative des mouvements de l'écriture; 3° au moment où le

[1] *Archives de neurologie*, t. XII, p. 88.

malade écrit, il n'a ni images phonétiques, ni conceptions représentatives imagées des lettres, il n'a cependant pas de la paragraphie. Par conséquent dans ce complexus représentatif formé par l'image de l'objet, le nom correspondant, la conception représentative des images des lettres, et les sensations des mouvements propres à l'écriture, une partie de cet ensemble peut manquer sans qu'il y ait destruction des connexions entre les autres parties; 4° le malade peut avoir des idées sans avoir en lui les mots correspondant à ces idées — ces deux dernières constatations prouvent que dans un ensemble représentatif constitué par des idées, des images articulées, des conceptions représentatives des mouvements propres à la parole, certaines parties peuvent manquer sans que l'essentiel en souffre; 5° des recherches faites chez ce malade sur les associations des idées, il découle qu'il y a une pensée sans mots non seulement dans le domaine sensoriel mais aussi dans le domaine de l'idéation pure; 6° ce malade présente une perte de l'association des éléments acoustiques dans le centre même de la zone acoustique, ce qui renverse la théorie de la paraphasie; 7° Les grandes difficultés que l'on éprouve chez lui à une explication univoque conforme à la théorie des localisations servent de leçon au psychiatre qui voudrait s'appuyer sur l'interprétation schématique des phénomènes cérébraux pour intervenir chirurgicalement.

Tout intéressants que soient ces phénomènes, leur mobilité, et les théories avec les schémas correspondants, leur constatation ne servira que le jour où l'on pourra constater les lésions cérébrales.

P. Keraval.

IX. Raretés d'un asile d'aliénés; par P. Nœcke. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, L, 3, 4.)

1. *Influence de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches sur la marche d'une psychose chronique antérieure.* — Cinq observations dont deux de folie systématique (avec et sans hallucinations), une de paralysie générale, une de démence secondaire.

La puerpéralité n'exercerait d'après l'auteur pas la moindre influence sur la marche ultérieure des psychoses chroniques. Il n'a vu d'ailleurs que très rarement survenir une rémission courte, jamais d'aggravation, encore moins de guérison. La grossesse et l'accouchement altèrent à peine le pronostic des psychoses chroniques, quant aux symptômes psychiques. L'*observation* A montre que les allures de la mère aliénée peuvent faire courir un danger immédiat à l'enfant, et qu'il faut la surveiller étroitement. Si l'aliénée est bien portante, affectueuse, et a du lait en quantité, on peut la laisser nourrir, car il n'est pas à penser que la lactation puisse renforcer l'hérédité probable du petit être, seulement c'est impossible dans une maison d'aliénés.

Observation D. Pendant un congé une femme a pu accoucher ou faire une fausse couche; elle était d'ailleurs enceinte au moment de son admission à l'asile. Ici se place la grave question de la surveillance de cette aliénée-mère; et la question des congés à des femmes aliénées non encore enceintes (le mari se hâte de coïter); et celle, non moins épineuse, des hommes aliénés en congé qui ont immédiatement des rapports avec leurs femmes. Et l'hérédité !

2. *Un cas de folie à deux.* — Ou plutôt belle observation de folie *à trois* (trois sœurs). Tare héréditaire paternelle. Seconde sœur hystérique. Vie en commun complète, avec suprématie psychique de l'aînée. Perte brusque de leur fortune précédée de dissensions familiales. Il est probable que ces commotions morales ont engendré chez l'aînée, la plus intelligente, *un délire des persécutions.* Elle imposa inconsciemment son délire aux deux autres.

3. *Cas de catatonie alterne.* — Folie circulaire à succession régulière des deux phases, dépressive et maniaque, dans lesquelles on constate des poses plastiques, du grimacement, de la verbigération incohérente, un certain degré de tension musculaire, des troubles vasomoteurs.

4. *Deux cas de parole double.* — Délire chronique hallucinatoire. Les deux malades entendent deux voix différentes qui procèdent de deux mécanismes distincts : chez la première, il s'agit d'une impulsion automatique; chez la seconde, il y a division de la personnalité.

5. *Observation de folie obsédante.*

6. *Observation de délire du toucher* dans le cours d'une *confusion mentale secondaire.* — Il est souvent difficile, dit M. Nœcke, de distinguer une obsession véritable d'une idée délirante. Il est évident que bien des observations d'obsessions présentées par les Français témoignent en réalité d'idées délirantes et non d'obsessions. P. K.

X. Contribution a l'étude des troubles mentaux chez les dégénérés; par O. Dornbluth. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, L, 3, 4.)

Rapport sur un *délire de chicane.* Il y a beaucoup de ces malades qui ne deviennent pas des fous systématiques, sont de purs dégénérés ou des hypopsychopathes. Leur histoire, le développement du trouble mental, le texte de leurs conceptions délirantes et leur manifestation, leur degré d'infériorité morale, les font rentrer dans ce dernier groupe. Le médecin doit donc décrire au juge la personnalité du malade, et tracer les limites exactes de sa responsabilité qui le séparent des fous proprement dits. Il convient surtout que les aliénistes ne porte pas de diagnostics différents.

Voici, d'après l'auteur, la meilleure classification des psychoses dégénératives; 1° l'idiotie; 2° l'imbécillité; 3° la démence consti-

tutionnelle primitive, à laquelle il faut rattacher l'hébéphrénie; 4° la neurasthénie constitutionnelle avec les états anxieux et les obsessions ou impulsions; 5° les parapsychies (folies héréditaires); 6° la folie périodique.

Dans le cinquième groupe, l'auteur range les psychopathies sexuelles — la folie raisonnante — le délire de chicane — les conceptions délirantes non systématiques des anormaux héréditaires — Les idées fixes ou exagérées de Wernicke. P. K.

XI. Une modalité particulière du tremblement dans le delirium tremens des alcooliques; par N. Ostermayer. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, L, 3, 4.)

Observation. — Tandis que le tremblement généralisé ordinaire est modéré, le côté droit du corps est secoué d'un tremblement continu si violent que le tremblement général, relégué au second plan, devient à peine perceptible. Il y a en outre, toujours à droite, paralysie du sphincter irien, parésie du facial, parésie des membres supérieur et inférieur, exagération extrême des réflexes tendineux, patellaire et clonus podaliques, hyperexcitabilité mécanique neuromusculaire.

Ceci ne dura que quelques jours pendant la durée même de l'état délirant et rétrocéda sans laisser de traces. Il est impossible d'y trouver d'explication, à moins qu'on ne veuille faire jouer un rôle, dans l'espèce, au développement plus accentué des muscles du côté droit de cet homme qui est chaudronnier. P. K.

XII. Contribution a l'étude de l'inversion du sens génital; par R. de Krafft-Ebing. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XII, 3.)

C'est le plus souvent un symptôme de dégénérescence : lacune morale, trouble psychique spécial, construction psychosexuelle anormale, en tout cas congénitale. Voici vingt nouvelles observations confirmatives. P. K.

XIII. De la teneur du sang en hémoglobine et de son poids spécifique chez les aliénés; par Vorster. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L, 3, 4.)

Hémomètre de Fleischl. Pyknomètre capillaire de Schmalz. 128 malades (104 hommes, 24 femmes). Cinq observations dans le texte.

Conclusions. — 1° L'agitation psychique avec agitation motrice vive et continue; détermine une diminution de la densité et de l'hémoglobine; 2° si dans le cours d'une psychose (mélancolie ou démence apathique) il se présente des signes de stase veineuse,

d'ordinaire il y a augmentation de la densité et de l'hémoglobine. Dans ces conditions, même si les malades sont anémiques, le sang reste dans les conditions normales ou présente une augmentation de la densité et de l'hémoglobine ; 3° si dans le cours d'une période d'exaltation, ou de dépression, le poids spécifique et la teneur en hémoglobine sont diminués, on les voit d'ordinaire remonter en même temps que le poids du corps, quand survient la guérison; 4° les attaques congestives épileptiformes ou apoplectiformes sont parfois suivies d'une augmentation de la densité ou de la teneur en hémoglobine; 5° les épileptiques soumis depuis des années à l'action du bromure de potassium présentent en moyenne un poids spécifique et une proportion d'hémoglobine plus élevés que ceux qui ne sont pas soumis ou qui ne sont soumis que depuis peu au bromure.

Voilà un premier élément de recherches qu'il serait bon de généraliser et de compléter. P. K.

XIV. De la folie induite et de quelques phénomènes contagieux ou transmis chez les aliénés; par Roller. (*Allg. Zeistch. f. Psychiat.*, L, 3, 4.)

1° Observation de folie à deux. Deux sœurs, dont l'une est un élément plutôt passif. Un frère est également atteint de conceptions délirantes; mais il n'est pas séquestré, il a évidemment adopté plusieurs idées délirantes de ses sœurs tout en louvoyant, quant à son appréciation de leur état mental; 2° exemples de transmission de conceptions délirantes de certains aliénés à d'autres malades de l'établissement; 3° exemple d'imitation mécanique de l'écholalie par répétition; 4° exemples de transmission de sensations morbides provenant de gens sains ou de malades par une sorte de suggestion. P. K.

XV. Zoophilie érotique, bestialité et zooérastie; par de Krapt-Ebing. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L, 3, 4.)

La première expression signifie que le coït des animaux entre eux provoque chez l'homme le désir de coïter avec une personne d'un autre sexe mais de même espèce (perversion), sorte de fétichisme; la sensation spéciale que produit le contact de la fourrure morte ou vivante, toute libidineuse, peut en être rapprochée. Maints pervertis sexuels adorent chiens et chats (une observation). Il n'en est plus de même de la zooérastie qui est une perversité, témoin la bestialité, coït avec des animaux, généralement faute de mieux.

Voici maintenant l'observation d'un homme qui éprouve la jouissance génésique quand il est à cheval. La vue des chevaux et des chiens produit chez lui des érections, mais il ne peut coïter avec une femme. Cet homme a guéri. P. K.

XVI. Sur une sensation subjective de l'ouïe dans l'état hypnagogique; par L. Dabaskiewicz. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Ayant travaillé tard dans la nuit (c'était dans l'hiver), l'auteur, surpris par le sommeil, entend tout à coup une détonation qui le réveille en sursaut, c'était une fausse sensation produite par les craquements des arbres qu'il avait entendus en travaillant. Peut-être le tympan agit-il là comme une corde tendue qui se détend et vibre au moment où il entre en repos; les muscles perdent leur tonicité, les osselets s'entre-choquent comme une masse inerte.

P. K.

XVII. Les neuropsychoses de rejet; par S. Frend. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

L'auteur essaie, ainsi qu'il le dit dans un sous-titre, d'établir une théorie psychologique de l'hystérie acquise, de beaucoup de phobies et d'obsessions, et de certaines folies hallucinatoires. Il prétend que ces névroses sont la résultante en certains cas d'un effort de la volonté impuissant à chasser du cerveau certaines idées qui semblent au malade condamnables. Voici par exemple une jeune fille qui, pendant qu'elle soigne son père, se met à penser à un jeune homme qui a fait sur elle une impression érotique. Cette pensée lui semble incompatible avec la dignité de sa situation actuelle. Elle veut la *rejeter* de son cerveau. Elle n'y réussit que partiellement. Il y a conversion totale ou partielle de l'irritation mentale, du traumatisme psychique, sur l'innervation motrice ou sensorielle. Ainsi apparait l'hystérie, l'obsession, l'hallucination. C'est le plus ordinairement un élément sexuel qui donne naissance à ces idées insupportables, à ces cas de conscience perpétuellement insolubles et perpétuellement excitants malgré l'apparence heureuse du résultat psychique obtenu. Le rejet mental ou la défense mentale entraîne des conséquences névropathiques, mais à la condition qu'il y ait une prédisposition préalable. P. K.

XVIII. De l'hypnotisme et des troubles mentaux; par F. Jolly. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXV, 3)

Observation I. — Hystérique, atteinte de délire systématique, n'ayant jamais été hypnotisée que dans son imagination (conceptions délirantes).

Observation II. — Hystérique atteinte d'hypocondrie en rapport avec la ménopause, avec affaiblissement intellectuel progressif et finalement folie systématique aiguë. Elle a été hypnotisée jadis dans un but thérapeutique, et c'est alors le thème que son délire, qui n'a rien à voir avec cet hypnotisme, a enfourché.

Voici maintenant un autre point de vue :

Vous croyez bien faire en hypnotisant certains individus. Or, ils ont une prédisposition nerveuse; l'hypnotisme développe, par suite, chez eux la prédisposition hystérique latente et voilà qu'apparaissent des attaques convulsives (observations) ou des syndromes de folie aiguë (observations).

L'auteur discute enfin l'*utilité ou la nocuité des pratiques hypnotiques et suggestives*, combat leur application à la psychologie expérimentale, et pense, en touchant de près la question de l'abus des hypnotisables et des hypnotisés (criminalité suggérée), qu'après tout, il ne faut pas encourir le reproche de prendre des observations intéressantes mais auxquelles il manque avant tout le mérite de l'exactitude (mensonges, rêves éveillés des hystériques). Au surplus ces hypnotisables sont rares, et ce sont en réalité des êtres pathologiques. Est-on bien sûr que les hypnotisés ne se souviennent que partiellement et d'une façon controuvée des phases de l'opération ; Il y a plutôt lieu de penser que ces hypnotisés d'habitude ne diffèrent pas essentiellement des hystériques. P. K.

XIX. Obsessions et phobies. Leur mécanisme physique et leur étiologie; par le Dr Frend.

L'auteur commence par déclarer qu'il ne lui paraît pas justifié de faire dépendre les obsessions et les phobies de la dégénérescence mentale. Les obsessions et les phobies sont des névroses à part et dans ce groupe il y a lieu de distinguer : 1° les obsessions vraies, 2° les phobies.

Dans toute obsession il y a d'une part une idée qui s'impose au malade et d'autre part un état émotif associé, que ce soit l'anxiété, le doute, le remords, la colère; l'état émotif est la chose principale et persiste inaltéré, alors que l'idée associée varie.

Une analyse psychologique des différents cas montre que l'état émotif, comme tel, est toujours justifié. Seulement, et c'est dans ces deux caractères que consiste l'empreinte pathologique : l'état émotif s'est éternisé, alors que l'idée associée n'est plus l'idée juste, l'idée originale, en rapport avec l'étiologie de l'obsession, elle en est un remplaçant, une substitution. La preuve en est qu'on peut toujours trouver dans les antécédents du malade, à l'origine de l'obsession, l'idée originale remplacée. Ses idées remplacées ont des caractères communs, elles correspondent à des impressions vraiment pénibles de la vie sexuelle de l'individu que celui-ci s'est efforcé d'oublier; il a réussi seulement à remplacer l'idée inconciliable par une autre idée mal appropriée à s'associer à l'état émotif qui, de son côté, est resté le même. C'est cette mésalliance de l'état émotif et de l'idée associée qui rend compte du caractère d'absurdité propre aux obsessions. Dans certains cas, l'idée origi-

nale au lieu d'être remplacée par une idée, est remplacée par des actes ou impulsions qui ont servi à l'origine comme soulagements ou procédés protecteurs et qui maintenant se trouvent en association grotesque avec un état émotif qui ne leur convient pas, mais qui est resté le même et aussi justifié qu'à l'origine.

Mais comment cette substitution peut-elle se faire? l'auteur pense qu'elle est l'expression d'une disposition psychique spéciale et l'on rencontrerait souvent l'hérédité similaire dans les obsessions. Quant au motif de cette substitution, ce serait un acte de défense du moi contre l'idée inconciliable. La grande différence entre les obsessions et les phobies est que dans ces dernières, l'état émotif est toujours l'anxiété, la peur.

Il y a deux groupes de phobies, suivant l'objet de la peur: 1° peur exagérée des choses que tout le monde abhorre ou craint un peu, comme la nuit, la mort, les maladies, les serpents, etc.; 2° peur de conditions spéciales qui n'inspirent pas la crainte à l'homme sain, comme les phobies de la locomotion.

Le mécanisme des phobies est tout à fait différent de celui des obsessions: il n'y a plus d'idée inconciliable remplacée; on ne trouve jamais autre chose que l'état émotif anxieux qui, par une sorte d'élection a fait ressortir toutes les idées propres à devenir l'objet d'une phobie. L'auteur se propose, dans un prochain travail de démontrer qu'il existe une névrose spéciale, la névrose anxieuse, névrose d'origine sexuelle et dont les phobies font partie. (*Revue neurologique*, janv. 1895.) E. B.

XX. De la paralysie générale a forme tabétique; par M. le Dr Joffroy. (*Nouvelle Iconog. de la Salpêtrière*, 1895, n° 1.) Communication faite au Congrès de médecine mentale de Clermont-Ferrand, 1894.

L'auteur rappelle d'abord les principales opinions qui ont et ont eu cours sur les rapports qui existent entre le tabes et la paralysie générale, car, dès Calmeil, on avait déjà noté l'association assez fréquente des symptômes de l'ataxie locomotrice et de ceux de la paralysie générale. La paralysie générale, dans le cas d'association, est la conséquence de la propagation au cerveau du processus pathologique établi dans la moelle (Jaccoud). Le tabes et la paralysie générale sont deux affections qui s'associent fréquemment, elles ne constituent en réalité qu'une maladie unique (Raymond). Le tabes et la paralysie générale sont deux affections différentes, elles peuvent coexister chez le même sujet, ce qui arrive rarement, mais c'est là une association nosologique comme on en observe souvent en pathologie nerveuse (Ballet et Joffroy). Le tabes se rencontre combiné à la paralysie générale dans la proportion de 3 p. 100, c'est une dualité pathologique (Renaut). Le tabes associé à la paralysie générale constitue une maladie systématique affectant

tout le système sensitif cérébro-spinal, c'est un tabes psycho-sensoriel (Pierret). Les deux maladies n'en font qu'une capable de se localiser diversement, quelle que soit la localisation, la syphilis domine l'étiologie des lésions, lesquelles sont de nature parasyphilitique (Fournier), etc.

L'auteur modifie aujourd'hui, ou plutôt étend davantage ses conclusions d'autrefois. Il admet toujours que le tabes et la paralysie générale véritable sont capables de s'associer, mais il pense que la plupart des cas présentés comme des associations des deux affections ne sont en réalité que des cas de paralysie générale *à forme tabétique*. La paralysie générale débute alors par des symptômes spinaux à forme tabétique, lesquels symptômes disparaissent ou s'effacent à mesure que les symptômes paralytiques s'établissent. Aux autopsies on trouve de la sclérose médullaire, mais sans la localisation systématique caractéristique du tabes.

Exemple : Homme syphilitique depuis douze ans. L'affection débute par des symptômes nettement tabétiques, l'erreur de diagnostic est commise. Quelques années après, les signes physiques et psychiques de la paralysie générale apparaissent et s'accentuent de plus en plus, les symptômes du tabes, l'incoordination motrice, comme les autres, s'affaiblissent et s'effacent. A l'autopsie : lésions macroscopiques cérébrales classiques de la paralysie générale. A la moelle, lésions histologiques multiples et prononcées, dont les principales sont : une sclérose irrégulièrement disposée des cordons latéraux et l'atrophie des cellules des cornes antérieures à la région dorsale. M. Joffroy possède plusieurs observations analogues, ce qui l'autorise à poser les conclusions sus énoncées. CAMUSET.

XXI. DÉLIRE DE MAIGREUR CHEZ UNE HYSTÉRIQUE; par MM. BRISSAUD et SOUQUES. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1894, n° 6.)

L'expression « anorexie hystérique » n'est pas très exacte, la perte de l'appétit n'existe pas nécessairement. Ce phénomène est la conséquence d'une idée fixe consciente ou inconsciente. Il faudrait mieux dire « inanition hystérique ». Voici un exemple de cette sorte d'inanition due incontestablement à l'influence d'une idée fixe successivement consciente et inconsciente.

Jeune fille, hérédité névropathique. A neuf ans, à la suite d'une chute, coxalgie hystérique et consécutivement hyperesthésie localisée à la hanche gauche qui dure dix ans. Au moindre attouchement, douleur angoissante presque syncopale, alors que le frottement des vêtements n'est pas perçu. Jeune fille intelligente, un peu mystique par intervalles, très émotive, syncopes aux moindres contrariétés. A l'âge de seize ans, elle était un peu forte, elle pesait 60 kilogrammes, ses compagnes la raillaient de son embonpoint, c'est alors qu'elle fut prise de l'idée fixe de maigrir. Elle passait

des journées sans manger et avait des vomissements dès qu'elle recommençait à ingérer des aliments. Il arriva un moment où son estomac ne put plus rien supporter, vomissements incoercibles. « C'est devenu une habitude, au commencement c'était exprès, j'aurais pu me retenir, » disait-elle à la Salpêtrière. La maigreur augmenta de plus en plus et la malade tomba dans un état lamentable.

A son arrivée dans le service, maigreur extrême, plus de tissu adipeux, c'est la morphologie du squelette. Les principaux viscères sont normaux. Le poids égale 29 kilogrammes. Il existe un délire mélancolique avec dépression, idées de remords, de culpabilité, de damnation. Tendance au suicide. Traitement: Isolement absolu, pas même de communications écrites avec sa famille, repos au lit, alimentation ordonnée sévèrement avec menace de la sonde œsophagienne en cas de refus. Dès le début de ce traitement, la malade mange et ne vomit plus. Trois mois après elle pesait 59 kilog., la température qui était de 35° était remontée à 37°. La guérison s'est maintenue depuis.

C'est l'idée fixe de maigrir qui domine toute l'histoire de cette malade. Celle-ci a doublé son poids en trois mois, ce que seuls les hystériques sont capables de faire, chez eux l'influence trophique du système nerveux est activée par l'idée de grossir. Il arrive un moment où les hystériques, atteints ainsi d'*inanition*, ne peuvent plus maigrir sans succomber, il existe une limite qu'ils ne peuvent pas dépasser. Quand l'émaciation progressive dépasse les six dixièmes du poids initial, la mort est certaine (expériences sur les animaux), il est probable qu'il en est de même chez l'homme. On sait que Charcot a relaté d'assez nombreux cas de mort par inanition hystérique. CAMUSET.

XXII. PARALLÉLISME ENTRE LES PROCESSUS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES; par BERNHART. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F. V., 1894.)

La chimie a réussi à mettre en évidence les atomes et les molécules par des procédés d'études physiques; elle a réussi aussi à isoler et à présenter les éléments chimiques sous une forme palpable. La psychologie physiologique a déterminé les sensations élémentaires, mais ces éléments-là ne nous sont connus que par les connexions qu'ils ont entre eux.

Il lui faut donc trouver un témoin indicateur de la sensation simple de même que la chimie a, à l'appui de ses éléments chimiques, l'indiscutable poids atomique, l'analyse (séparation) et la synthèse (reconstitution). Ce témoin indicateur, cet index, il faut le chercher dans certains processus qui se mettent en mouvement quand se produit une sensation.

C'est l'excitant et l'irritation d'un des organes du système ner-

veux dont la modalité arrive à la connaissance, qui est l'élément psychique de la sensation. Etude des conditions de la sollicitation des éléments nerveux et de l'irritation des centres engendrant des modalités sensationnelles diverses (résumé des notions psychophysiques). Nos sensations résultent de l'excitation cérébrale polymorphe. La perception d'un mouvement est en quelque sorte l'image microscopique de la genèse (vibration) d'une sensation. Un corps paraît à l'œil être en mouvement quand son image couvre successivement plusieurs places de la rétine successivement découvertes. De sorte que l'impression du mouvement est la résultante de l'excitation d'une série d'endroits voisins de la rétine par les rayons lumineux qu'envoie le corps en mouvement et inversement de l'alternance des rayons lumineux du fond de l'œil où ce corps se meut. — Etude des différences de l'irritation nerveuse produite par l'excitation. Qualités physiques.

La sensation est donc tout à fait en harmonie avec les autres phénomènes naturels. Equilibre des forces cachées dans les corps. Les diverses manifestations des forces se mesurent et à la quantité de la force dont est chargé le corps actif et à la quantité de la force emmagasinée par le corps actionné. Un corps ne manifeste de force que quand il est entré en équilibre de forces avec un autre. Une cellule nerveuse n'a de sensation que quand elle a l'occasion d'échanger avec une autre un certain degré d'irritation (force vitale).

Ainsi les processus psychiques s'évaluent par des processus physiques et la loi psychophysique devient une loi mathématique. La force des excitations doit croître dans un rapport géométrique pour que la force des sensations croisse dans un rapport arithmétique; de même l'effet d'un moteur ne croît que dans un rapport arithmétique quand la charge et la force croissent simultanément dans un rapport géométrique.

Pour qu'une sensation ait lieu, il faut que deux endroits du cerveau soient irrités par des excitations identiques. Et par suite, notre appareil nerveux doit être construit comme la machine électrique par influence.

Il faut que de deux côtés opposés du champ de la conscience les cellules soient sollicitées pour qu'il y ait complexus psychique. Et ce processus a dans toute circonstance pour substratum des images commémoratives. Ce sont elles qui constituent, comme autant d'ingrédients, les éléments de l'association par ressemblance, contraste coexistence locale, succession temporelle.

L'attention est cette faculté que nous avons de dégager d'un centre une irritation sur un autre centre également sollicité soit par la périphérie, soit par le centre préalablement mis en activité. Ce sont les mêmes lois d'équilibre dynamique. Il y a toujours un processus moléculaire entre deux cellules qui s'influencent réciproquement.

Cet exposé raccourci montre la parenté la plus intime entre les processus psychiques et les processus du monde physique, c'est pourquoi dans notre intérieur le monde extérieur peut se symboliser et nous pouvons pénétrer avec notre esprit dans les rouages de ce dernier.

P. KERAVAL.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE.

I. ETAT MENTAL DE S... CLÉMENT, ACCUSÉ DE VOL ET DE VIOL. ETUDE MÉDICO-LÉGALE, par le Dr Arnoldo SIERACCINI, vice-directeur du manicome de Macerata. (*Estratto dal Roccoglitove medico*, vol. XVII, 1894.)

Rapport médico-légal très détaillé, très documenté et très riche en considérations psychiatriques.

Le nommé S... Clément était convaincu d'avoir commis deux crimes. Le 24 juillet 1892, il avait volé des objets sans valeur abandonnés devant une maison, quelques fagots de bois et de la chaux; le 10 août suivant, chose autrement grave, il avait violé une jeune fille de vingt-cinq ans. Il niait tout, du reste. Mais comme il passait dans son village pour n'avoir pas la tête bien solide et qu'il avait été placé antérieurement, à deux reprises différentes, au manicome de Macerata, la Chambre du conseil du tribunal civil et criminel de Macerata décida qu'il serait examiné au point de vue médical. En conséquence, le juge d'instruction commit le Dr Sieraccini comme expert et le chargea principalement de répondre à ces deux questions : 1° S... était-il aliéné dans les journées du 24 juillet et du 10 août 1892? 2° Est-il aliéné actuellement?

Examen des faits. — S... âgé de trente-huit ans est un malheureux journalier marié et père d'une petite fille. Aucune tare névropathique, ni chez ses ascendants, ni chez les membres de sa famille. Un de ses frères pourtant passe pour être très irritable, il aurait été condamné deux fois à la prison, on ne sait pour quel motif. Malgré cette absence d'hérédité, S... est cependant venu au monde avec quelque chose de défectueux dans le système nerveux central, il a une atrophie congénitale du membre supérieur droit et de la moitié correspondante du thorax. Cette infirmité en le rendant peu apte au travail manuel, lui qui ne possédait rien, le

condamnait d'avance à une vie misérable. Il fut traité deux fois au manicome, une première fois en 1885, pendant trois mois, et une seconde fois, en 1891, pendant trois mois et quelques jours. Dès avant ces placements au manicome, il avait subi deux condamnations, l'une à deux mois de prison, en 1877, pour port d'armes prohibées, l'autre à quatre mois en 1880 pour menaces et coups.

Les certificats d'admission au manicome portent qu'il est dangereux pour les personnes et les propriétés, qu'il est très irritable, qu'il entre en fureur pour un rien, qu'il menace de tuer et d'incendier, qu'il erre la nuit dans la campagne, qu'il se querelle avec tout le monde. Les notes médicales relevées sur les registres du manicome indiquent, pour chaque admission, le même accès maniaque caractérisé exactement chaque fois par des symptômes identiques : Fureur, cris, récriminations. Il est séquestré injustement. Loquacité intarissable, les phrases sont projetées pêle-mêle, les hallucinations et les illusions font naître les idées les plus diverses. Prédominance cependant d'idées de persécution rapportées à sa femme qui, aidée de ses complices, « a toujours fait son malheur ».

L'auteur établit qu'en outre de ces accès vésaniques, S... en a éprouvé d'autres pour lesquels il n'a pas été placé au manicome, et que ces accès ont toujours eu les mêmes caractères que ceux qui ont été observés officiellement, pour ainsi dire, au manicome. Ils ne diffèrent d'eux que par une intensité moindre. C'est ainsi que la femme de S... raconte que son mari, il y a deux ans et demi, a été un certain temps violent, querelleur, qu'il la battait, qu'il buvait et qu'un rien l'enivrait, qu'il ne dormait plus et errait dans la campagne, qu'il était d'une lubricité extraordinaire et n'avait aucune retenue, il voulait la posséder en présence de sa fillette âgée de six ans. Cet accès se dissipa vite. Une autre fois, il a eu une « bouffée de folie », dont il avait conscience; il s'est présenté de lui-même au manicome pour demander son admission.

S..., en dehors de ses accès est un homme « comme tout le monde, affectueux pour les siens ». Quand sa tête est perdue, c'est, dit sa femme, un démon; il boit, il vole, il menace tout le monde, etc., etc. Arrivant à l'époque des crimes reprochés à S..., le Dr Sieraccini prouve d'abord que ceux-ci sont certains. S... ne cachait pas ses larcins. Quant au viol, voici comment il fut consommé : La jeune X... soignait ses bêtes dans l'étable, S... entra et lui reprocha de l'avoir accusé de voler les voisins. Une discussion s'ensuivit et S... se jeta sur la jeune fille, la fit tomber, la frappa, puis lui releva les jupes par-dessus la tête et abusa d'elle. L'examen médical pratiqué peu après fit constater les traces d'une lutte et la déchirure récente de l'hymen. S... nia quand même : « Si elle est déflorée, elle l'a été par d'autres, » disait-il.

L'enquête démontre que précisément vers cette époque S... « n'avait pas sa tête à lui ». Toutes les personnes qui l'ont vu alors sont unanimes sur ce point. Sa femme exposant son état mental pendant les mois de juillet et d'août 1892, au Tribunal, fait en réalité le tableau symptomatique le plus exact de l'excitation maniaque.

Examen de l'accusé. — L'auteur donne en détail l'anthropométrie de S... Il est certainement de l'école de Lombroso, car il énumère avec satisfaction les principaux stigmates de la criminalité qu'il a constatés chez l'accusé : zygomes écartés, mandibule très développée, dolichocéphalie, etc. Chez nous, on néglige en général ces recherches spéciales, à tort selon moi, mais ce n'est pas ici le lieu de disserter sur la criminalité ou sur l'homme criminel. Au point de vue psychique, S... ne présente aucun symptôme morbide, ni hallucination, ni conception délirante, ni impulsion, etc. Mais en l'étudiant attentivement on s'aperçoit que ses facultés mentales n'arrivent qu'à un niveau peu élevé. Notez qu'il continue à nier tous les faits qu'on lui reproche, il n'a, du reste, pas cessé de prendre le médecin expert pour un juge d'instruction. « Rien de tout cela n'est vrai, répète-t-il sans cesse, je ne me souviens de rien, » formule commode pour qui craint de se compromettre, et n'a pas l'intelligence suffisante pour trouver d'autres moyens de défense.

De tout ce qui précède, l'auteur conclut : S... est un faible d'esprit, ses conceptions sont pauvres, lentes sont ses associations d'idées, sa mémoire est bornée, sa volonté insuffisante, mais sur l'échelle de la faiblesse intellectuelle il faut reconnaître qu'il se tient sur le premier échelon. Chez nous, nous dirions qu'il est atteint d'une certaine débilité mentale.

Si S..., poursuit le Dr Sieraccini, était simplement un débile au mental, nous le considérerions comme un individu à responsabilité pénale limitée, mais il est en outre atteint de manie périodique, et cela nous oblige à envisager sa responsabilité d'une toute autre manière. Dans plusieurs écoles psychiatriques, dans l'école allemande principalement, on admet que les fous périodiques sont complètement irresponsables des crimes qu'ils peuvent commettre, même quand ces crimes sont commis en dehors des périodes aiguës de leur affection. Krafft-Ebing a fait voir, par la seule observation clinique, que chez les fous périodiques la maladie est permanente : même dans les intervalles, pendant lesquels tout symptôme psychopathique semble avoir disparu, elle persiste latente. Il reste toujours, du fait des accès antérieurs, plus ou moins d'affaiblissement mental et d'irritabilité anormale. C'est le cas de S..., lequel est un aliéné complètement irresponsable.

On ne peut, en effet, douter que cet individu ne soit atteint de folie périodique, il offre tous les symptômes classiques d'une manie

périodique, et non ceux d'une simple manie ayant récidivé. La ressemblance complète de tous les accès qui sont copiés les uns sur les autres, la fréquence et le peu de durée de ces accès, la nature des symptômes intercurrents, la perversité des instincts; au début de l'accès l'érotisme, la méchanceté, les agressions, la tendance à boire, à voler; ce contraste bizarre enfin, dans le même moment, entre des paroles raisonnables et des actes les plus insensés. Tout cela indique, d'une façon irréfutable, la folie périodique.

Enfin, les actes incriminés ont été perpétrés, non dans un intervalle raisonnant, mais dans le cours même d'un accès aigu. Cela ressort de l'enquête.

Conclusions. — 1° S..., atteint de manie périodique, n'est pas aujourd'hui dans un accès aigu de son affection, il est dans un état raisonnant qui, pour lui, représente l'état d'équilibre mental. 2° S... était dans un accès aigu de sa manie périodique à l'époque où il a commis le vol et le viol qui lui sont reprochés; 3° il était, à ce moment, dans un état pathologique qui le privait complètement de son libre arbitre. Il est par suite absolument irresponsable.

Quelques jours après le dépôt de ce rapport, dont les conclusions ont été adoptées intégralement par la Chambre du conseil du tribunal de Macerata, S... fut pris d'un nouvel accès maniaque d'une violence extrême. A un moment donné sa vie fut en danger, mais il finit cependant par se calmer. Il est actuellement calme et raisonnable, il travaille régulièrement à la ferme du manicome, et il demande avec instance sa sortie. Le Dr Sieraccini pense qu'on ne doit pas lui permettre de vivre en liberté à cause des dangers qu'il ferait courir à son entourage. Il termine par cette judicieuse remarque : Les accès aigus des aliénés périodiques sont calqués les uns sur les autres, on ne doit, par suite, rendre à la vie commune, pendant leurs intervalles raisonnants, que les seuls périodiques qui ne commettent pendant les accès aigus de leur maladie aucun acte nuisible. CAMUSET.

II. CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES SUR LES TRAUMATISMES DU CERVEAU; par SCHAEFER. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, LI, 4.)

La commotion cérébrale (ébranlement du cerveau) est une affection diffuse de l'organe qui n'est point révélée par l'examen anatomo-pathologique. Dans les cas de mort par traumatisme cranien, le médecin-expert conclura à l'ébranlement cérébral si le traumatisme est démontré, si la mort a suivi ce dernier de près, si les circonstances de l'accident parlent en faveur de ce diagnostic, enfin si l'autopsie ne fait constater aucune autre cause de mort. — En présence d'un malade, l'expert, avant de poser le diagnostic de commotion cérébrale, s'enquerra des circonstances au cours desquelles s'est produit le traumatisme, ainsi que des

suites immédiates de l'accident; il tiendra compte de la limitation exacte de l'amnésie à la période de la perte de connaissance. Parmi les causes prédisposantes individuelles il faut citer l'alcoolisme. Une enquête minutieuse évitera la confusion de la commotion cérébrale avec l'ivresse grave. L'évolution des symptômes de la commotion cérébrale serait-elle favorable, l'expert devra néanmoins faire des réserves sur la possibilité de complications tardives : la résistance cérébrale est d'ailleurs toujours diminuée.

En cas de mort, l'existence d'une hémorragie méningée récente sera considérée comme la cause de la mort, s'il existe en même temps une blessure de l'écorce — et quand bien même on constaterait de l'artérite cérébrale ou une pachyméningite hémorragique. — Observe-t-on un intervalle entre le traumatisme et l'apparition de symptômes de compression cérébrale, on sera autorisé à admettre l'existence d'un foyer d'hémorragie méningée. — Un foyer de ramollissement récent peut être considéré comme d'origine traumatique, lorsqu'il siège dans l'écorce et lorsqu'il est accompagné d'une hémorragie méningée. C'est dans les ganglions de la base et dans la capsule interne que l'on rencontre les foyers hémorragiques non traumatiques; ils s'accompagnent d'altérations vasculaires. Un foyer de ramollissement jaune de l'écorce peut être considéré comme secondaire à une lésion traumatique du cerveau, si l'on ne constate pas de lésion dégénérative des artères.

On sera très réservé sur le pronostic des *blessures du cerveau;* des plaies très étendues peuvent en effet guérir; et d'autre part, des traumatismes légers de l'écorce amènent parfois rapidement la mort (abcès). Un abcès chronique du cerveau, terminé par la mort, doit être considéré comme causé par un traumatisme déterminé, quand rien dans les autres organes ne peut en expliquer l'apparition, quand l'âge qu'on est autorisé à lui attribuer concorde avec la date du traumatisme, enfin quand les symptômes sont en rapport avec le processus anatomique. — Le rapport de cause à effet entre le développement d'une tumeur cérébrale et un traumatisme cranien ne peut être admis que dans des cas exceptionnels.

Les *troubles nerveux et psychiques* consécutifs aux traumatismes craniens sont dus soit à l'ébranlement du cerveau, soit à des lésions cérébrales variées (cicatrices, abcès, kystes, foyers de ramollissement, méningites, exostoses, corps étrangers, etc.), soit enfin au choc psychique provoqué par la blessure ou par l'émotion. Les troubles nerveux sont très variés et ne réalisent que rarement l'aspect clinique d'une maladie déterminée (neurasthénie, hystérie, épilepsie). On observe cependant des groupements de symptômes caractéristiques, dont quelques-uns de nature objective, qui doivent faire supposer l'origine traumatique de l'affection. Les troubles nerveux tantôt se développent immédiatement après

le traumatisme, tantôt ils en sont séparés par une période variable.

La *neurasthénie* revêt le plus souvent la forme hypocondriaque; le tableau clinique est parfois modifié par l'existence de troubles neurasthéniques locaux, périphériques, provoqués par l'action locale du traumatisme. L'insomnie, les douleurs dans les diverses parties du corps sont des phénomènes presque constants dans la neurasthénie traumatique. Parmi les symptômes somatiques les plus fréquents sont les troubles de la nutrition, les désordres gastriques et intestinaux, les vertiges, les paresthésies, les phénomènes d'excitation et de parésie de nature motrice, sensitive, sensorielle, vaso-motrice. Au point de vue psychique, ces neurasthéniques présentent de l'excitabilité, de la diminution de l'attention, de l'émotivité. Ces névroses traumatiques sont très tenaces et offrent en général peu de chances d'une guérison complète et durable. Lorsqu'elles ne se terminent pas par la guérison, elles passent à l'état chronique et aboutissent même à de véritables psychoses (idées délirantes hypocondriaques, obsessions, etc.). En présence d'un cas de neurasthénie traumatique, l'expert, lorsque le sujet exagère l'intensité de ses troubles morbides ou même en invente d'imaginaires, doit se garder de considérer des symptômes réels comme étant eux aussi simulés. — Le médecin n'affirmera l'existence de manifestations *épileptiques* que s'il a constaté, lui-même, un accès épileptique. (Importance des morsures de la langue, des ecchymoses, des cicatrices.)

Les traumatismes craniens peuvent affecter avec les *psychoses* différents rapports : tantôt ils les provoquent directement, tantôt ils agissent en qualité de facteurs prédisposants; dans certains cas enfin, ils interviennent, comme cause occasionnelle, pour déterminer l'apparition d'une psychose chez un sujet déjà prédisposé. Il n'existe pas de *psychose traumatique* ayant des caractères spéciaux : les formes les plus variées peuvent être observées. Certains symptômes sont assez fréquents dans les psychoses d'origine traumatique : citons la diminution de l'intelligence, les maux de tête, les vertiges, les troubles de l'émotivité, les tendances aux actes de violence. Schüle distingue des psychoses traumatiques *primaires* et *secondaires* suivant leur apparition immédiate ou tardive. Wille, parmi les psychoses primaires, a observé le délire hallucinatoire aigu avec les hallucinations terrifiantes, la désorientation, la confusion psychique, l'amnésie qui le caractérisent. On a noté aussi des cas de stupidité, de démence aiguë curable, d'un pronostic favorable. Plus graves sont les cas d'affaiblissement intellectuel progressif, qui simulent parfois la démence paralytique (une observation), ceux de paranoïa chronique.

Au point de vue médico-légal, les psychoses traumatiques primaires ne présentent pas de difficultés. Leur évolution est-elle rapide et favorable? elles ne donnent point lieu à une expertise.

Leur marche est-elle chronique? le rapport de cause à effet entre le traumatisme et la psychose qui l'a suivi apparaît évident. Les psychoses traumatiques secondaires ne se montrent qu'après un intervalle de durée variable, au cours duquel ne s'observent que des modifications de l'humeur (irascibilité, etc.).

Le plus souvent la psychose confirmée se traduit par un état d'affaiblissement intellectuel progressif avec parésie et troubles de la coordination, ou par un accès maniaque que termine la démence. La marche de ces psychoses est chronique. Au cours de la période latente il arrive que les malades commettent des actes délictueux par suite de leur moindre résistance aux incitations passionnelles et à l'alcool.

Pour qu'un traumatisme déterminé puisse être considéré comme la cause d'une psychose ultérieurement développée, il faut que la nature de ce traumatisme soit précisée, ainsi que ses conséquences immédiates et éloignées; il faut démontrer qu'avant l'accident aucun symptôme morbide ne s'était produit, et que d'autres facteurs étiologiques ne sont pas intervenus. P. Sérieux.

III. Un cas d'épilepsie alléguée et simulée; par le Dr Samuel Garnier. (*Annales médico-psychologiques*, août 1894.)

Avocats ou délinquants, instruits de ce fait que beaucoup de maladies mentales ou nerveuses peuvent ne pas se traduire au dehors par des raisonnements étranges et présenter des périodes d'accalmie, ne manquent plus d'invoquer, les uns et les autres, l'excuse d'une maladie susceptible, ou de jeter un doute dans l'esprit des jurés, ou de leur faciliter la revendication du bénéfice de l'article 64 du code pénal. L'épilepsie, surtout quand elle n'est pas de notoriété publique ou facile à établir par preuves testimoniales et médicales antérieures à un crime, n'avait pas figuré, jusqu'à présent, dans la nomenclature des maladies auxquelles on pouvait recourir, à l'occasion, comme excuse légale devant la justice. Il faut croire que la notion scientifique de la substitution possible, à une crise convulsive, d'une crise de l'intelligence pouvant amener une impulsion irrésistible criminelle, a fini par se faire jour dans le public extra-médical car l'auteur vient d'observer un cas où l'épilepsie fut d'abord alléguée et ensuite simulée par le prévenu dans le cours de sa détention, pour s'excuser d'un meurtre suivi d'une tentation de viol.

M. S. Garnier fut commis comme expert dans cette affaire et la mission ne manquait pas d'être assez délicate, un premier expert ayant écarté l'épilepsie, alors qu'un second expert l'avait admise et conclu à une impulsion possible qui aurait rendu l'inculpé inconscient.

Le rapport de M. Garnier, des plus intéressants et publié *in ex-*

tenso, montre bien comment l'auteur put reconnaître la simulation, par l'accusé, de la crise postérieure au crime et l'absence de relation de causalité entre une épilepsie antérieure presque douteuse et les faits criminels dont il s'agissait. E. B.

IV. Kleptomanie chez une choréique. Rapport médico-légal; par H. Kurella. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, LI, 4.)

Une fillette de quinze ans est inculpé d'avoir dérobé cent francs. On constate chez elle un certain nombre de stigmates de dégénérescence (malformations du crâne, de la face, etc.), de la dermographie, des mouvements choréiformes dans la moitié droite du corps, symptômes révélateurs d'un état de dégénérescence, sur lequel viennent en outre se greffer des désordres cérébraux périodiques (obnubilation passagère avec troubles vaso-moteurs).

Les facultés psychiques ne présentent pas d'arrêt de développement : l'intelligence et la mémoire sont normalement dévelop pées, il n'y a pas de mauvais instincts, pas de signes de folie morale. L'émotivité est extrême et se manifeste par des troubles vaso-moteurs de la face, un état d'obnubilation psychique qui empêche la malade de répondre aux questions, et une exagération des mouvements choréiformes. Les renseignements apprennent que peu après le vol, les règles firent leur apparition pour la première fois. L'inculpée, au moment de l'acte incriminé, se trouvait donc au cours d'une des dernières phases de la puberté et d'une période prémenstruelle. Or on sait que la puberté est un puissant agent provocateur d'actes impulsifs, même chez les sujets normaux, et *a fortiori* chez les dégénérés : il en est de même de la chorée et de la période prémenstruelle. Il faut tenir compte aussi des fréquents états vertigineux, présentés par l'inculpée, états qu'accompagnaient des troubles visuels et une paralysie de toutes les fonctions psychiques. L'auteur termine en constatant chez l'inculpée un état de dégénérescence héréditaire, accompagné de chorée et de troubles périodiques de la conscience et de l'activité cérébrale. Il conclut à l'irresponsabilité. P. S.

V. Le criterium de la responsabilité dans la folie; par le Dr Brainerd. (*The alienist and neurologist*, avril 1894.)

Le criterium de la responsabilité, dans les cours de justice, consiste ordinairement dans la faculté pour l'individu de discerner le bien du mal, en ce qui concerne un acte donné, et dans l'absence d'impulsion irrésistible le poussant à accomplir cet acte. L'auteur estime que ce criterium de la responsabilité est suffisant; il est pour lui dans la réponse négative à la question suivante : « L'inculpé était-il fou au moment de l'accomplissement de l'acte et quel a pu être le résultat de sa folie, soit par rapport à son inaptitude à dis-

tinguer le bien et le mal dans l'acte accompli, soit par rapport à l'affaiblissement du contrôle de ses actes, soit par rapport à un besoin irrésistible d'accomplir l'acte, sous l'influence d'une impulsion morbide ou d'une hallucination? E. B.

VI. Trois rapports sur les troubles morbides consécutifs a des accidents; par S. Meyer. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXVI, 1.)

C'est toujours la question de l'hystérie traumatique (Charcot) qui est en jeu; étude minutieuse des symptômes dans leurs rapports avec la démonstration objective de leur réalité, pour déjouer la simulation. Ce mémoire confirme les idées de Charcot et traite de la superposition possible de névropathies fonctionnelles et de névropathies à lésions. Ce n'est au surplus, pas une rareté. Cette simultanéité éclate souvent en dehors de tout accident. L'hystérie ou les troubles fonctionnels nerveux s'ajoutent fréquemment à des affections graves du cerveau et de la moelle (paralysie générale, apoplexie, tabes, sclérose en plaques). P. K.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. Cas d'atrophie infantile unilatérale des muscles de la face, probablement congénitale; par Bernhardt. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Homme de vingt-quatre ans. C'est deux semaines après sa naissance (accouchement naturel) que sa mère s'est aperçue de cette paralysie faciale du côté droit, avec atrophie des muscles de la face. Il ne peut fermer l'œil droit, toujours largement ouvert; épiphora sans accidents inflammatoires. Côté droit du front implissable, lisse. Emaciation extrême de la région située au-dessous de l'arcade zygomatique; main droite immobile; les deux lèvres paraissent plus volumineuses que normalement; à droite la lèvre inférieure et le menton sont plus aplatis qu'à gauche. Il y a là cependant une sorte de suppléance fonctionnelle du peaucier du cou. Intégrité du voile du palais, de la luette, de la sensibilité, des fonctions sudorales, de la coloration, de l'oreille, de la mastication, des muscles de l'œil, des pupilles. Toutefois l'exagération de la rotation des yeux à gauche ou à droite, et en dehors, produit un léger nystagmus. Il

peut siffler et former le groin. L'électrisation au niveau de la base du crâne, de l'angle du maxillaire inférieur, du milieu de la branche horizontale du maxillaire inférieur, nécessite l'intervention de plus forts courants à droite qu'à gauche, pour produire les mêmes résultats, et encore, en agissant à droite, n'obtient-on que des contractions courtes et rapides et seulement des muscles labiaux ou sous-labiaux et mentonniers, quel que soit le courant, faradique ou galvanique, qu'on emploie. Les plus forts courants d'une batterie, d'un appareil d'induction, d'une décharge d'étincelles de la machine statique, ne provoquent pas de contractions sur le frontal, l'orbiculaire des paupières, le sourcilier, les zygomatiques les muscles naso-labiaux, le buccinateur; résultats aussi nuls quand on agit sur le tronc du facial ou sur ses branches. Mais on peut faire contracter par excitation directe ou indirecte (surtout intrabuccale), la partie droite de l'orbiculaire des lèvres, le triangulaire du menton (à droite), le carré du menton, etc. Suit une étude analytique. L'auteur croit difficilement à raison de ces détails à l'origine périphérique de la lésion pathogénétique. P. K.

II. Nouvelle observation d'alexie avec hémianopsie homonyme du côté droit (*Alexie subcorticale de Wernicke*). Autopsie; par L. Bruns. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

L'œil de la malade reconnaît sûrement les lettres et les images des objets, sans pouvoir les nommer. Il n'y a donc pas d'alexie littérale à proprement parler. Pour les mots, à part certains mots très courts, il y a pour elle impossibilité de reconnaître et saisir le sens de ces mots, et non pas seulement impossibilité de lire à haute voix; c'est là de l'alexie verbale. Disparition des substantifs, surtout de ceux qui désignent des objets concrets, la parole spontanée restant en dehors de la normale et ne présentant qu'une paraphasie légère. Celle-ci ne porte généralement que sur quelques lettres ou syllabes, rarement sur des mots entiers. Elle comprend parfaitement la parole, saisit bien la musique, répète très bien ce que l'on dit. Hémianopsie droite. Elle reconnaît les objets qu'on lui présente, mais ne les nomme pas d'emblée; ce nom ne vient même pas quand elle s'aide des autres sens, tels que le toucher et l'odorat. La malade reconnaît aussi les lettres imprimées mais n'en trouve pas le son; il en est de même pour les lettres et les mots écrits; elle ne les reconnaît pas davantage en les copiant ni quand l'examinateur les lui trace dans le vide ou sur une table en se servant de la main droite de la malade. Quelques nombres sont reconnus ou nommés immédiatement, ou bien quand la malade en comptant en elle-même ou à haute voix arrive en partant de un au nombre proposé. Il lui est impossible de lire de longues séries de nombres. Elle calcule très mal. Au début, l'écri-

ture spontanée et l'écriture sous la dictée étaient conservées. Puis elle ne put copier; son état général ne lui permettait du reste que difficilement de pratiquer les mouvements de l'écriture. Enfin, les deux modes de l'écriture (spontanée et dictée) subirent des troubles graves. La surdité verbale termine la scène; coma, mort. On trouve une tumeur plate et lobulée, rouge, à la base de l'extrémité antérieure de la circonvolution occipito-temporale médiane gauche (circonvolution de l'hippocampe et uncus); elle vient recouvrir un peu, en avant, la bandelette optique, couvre toute la région du gyrus hippocampi et du lobule lingual jusqu'à la pointe du lobe occipital. Intégrité du gyrus fusiforme. A la convexité il y a une sorte de châtaigne à l'extrémité postérieure des première et deuxième temporales gauches, tout contre le pli courbe, qui plonge d'un centimètre et demi dans la substance blanche. Enfin dans le lobe occipital gauche une tumeur vasculaire sans limites précises, distante partout de 2 centimètres de la convexité, occupe la profondeur de la pointe du lobe en question, gagne en se rapprochant de l'écorce, vers la base, les circonvolutions occipito-temporales et en avant, dans la substance blanche des pariétales, vient détruire le pulvinar gauche. Intégrité des deux tiers antérieurs de la couche optique. On voit qu'il ne s'agit pas d'une lésion en foyer bien limitée, mais d'une lésion des plus complexes.

L'auteur en rapproche l'observation qu'il a publiée en 1888 (*Neurolog. Centralbl.*) et dont il raconte les aléas depuis cette époque qui n'a pas encore reçu de sanction anatomique, puis passant comparativement en revue les faits semblables de la bibliographie, il résume la classification des alexies.

Il existe, dit-il, deux formes d'alexies sous-corticales présentant les mêmes allures à l'égard des objets concrets :

1° Alexie totale, verbale et littérale (seule observation de Déjerine).

2° Alexie verbale et non littérale.
- *a*. Le malade reconnaît et nomme les lettres, mais ne reconnaît pas les mots. (Observations de Monakow et Mierzejewski.)
- *b*. Le malade reconnaît les lettres sans les nommer et ne reconnaît pas les mots (cette observation).

Les faits d'Adler, Uthof, Berkhan, Stœting et Bruns seraient intermédiaires à *a* et *b*. P. Keraval.

III. Contribution a l'étiologie de la maladie de Basedow; par K. Grube. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

La maladie de Basedow, qu'il vaudrait mieux, au point de vue historique, appeler maladie de Graves est une intoxication consécutive à une infection.

Voici tout au moins une observation à marche extrêmement rapide (six semaines) en faveur de cette opinion. Il s'agit d'une asthmatique de cinquante ans qui fut profondément affectée d'apprendre qu'elle avait du sucre dans les urines. Dès lors les accès d'asthme s'accroissent et le cou commence à se tuméfier; accidents typiques du goitre exophthalmique; dyspnée (bronchite); albuminurie; glycosurie; fièvre le soir. Mort. P. K.

IV. Analgésie du tronc du cubital constituant un symptôme de tabes; par E. Biernacki. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

L'examen de la sensibilité à la pression du nerf cubital entre l'olécrâne et le condyle interne de l'humérus, endroit si sensible quand on se cogne le coude, révèle précisément l'insensibilité de ce nerf, même aux plus fortes pressions, chez les tabétiques les mieux caractérisés, quoique cette compression détermine chez eux la sensation d'engourdissement des deux derniers doigts.

Elle fut de règle dans 14 cas sur 20 malades. Elle paraît propre à la sclérose des cordons postérieurs. Etudes comparatives à ce point de vue d'autres affections y compris les troubles et névrites du nerf cubital. Il est à supposer que, quand cette analgésie existe, la moelle cervicale inférieure est déjà prise, mais sans qu'on puisse plus spécialement localiser l'altération, et bien que, d'après Schiff, les cornes grises postérieures soient le territoire par lequel passent les faisceaux conducteurs des sensations douloureuses. La moitié de nos tabétiques, qui étaient atteints d'analgésie du cubital, présentaient également une analgésie cutanée diffuse du même degré dans le domaine du cubital ainsi que suivant le trajet d'autres nerfs du bras et du dos, analgésie latente et isolée, qui ne portait point sur les autres qualités de la sensation telles que le sens de la température. P. Keraval.

V. Maladie de Morvan et lèpre; par Frenkel. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Résumé critique de l'étude de Zambaco-Pacha sur la lèpre : identité de la syringomyélie, de la maladie de Morvan, de l'asphyxie locale, de la gangrène symétrique, avec la lèpre. (*Semaine médicale*, 1893, nº 37, 15 juin.) P. K.

VI. Des phénomènes nerveux consécutifs a une commotion de la colonne vertébrale; par C.-S. Freund. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Ce sont : la sensibilité à la pression des vertèbres dorsales supérieures (surtout au niveau des apophyses épineuses du côté gauche) avec irradiations dans le domaine des rameaux cutanés du nerf

cubital et du médian ; l'atrophie évidente, quoique incomplète, des segments inférieurs du trapèze gauche (peut-être combinée à un affaiblissement purement fonctionnel du grand dentelé du même côté), enfin des phénomènes d'irritation dans le grand sympathique oculaire (phénomènes oculo-pupillaires). Cette localisation indique d'après l'auteur, qu'il y a eu, du fait du choc spinal, une commotion ou un tiraillement des racines des nerfs dorsaux, au niveau des vertèbres dorsales supérieures. Au même niveau, il pourrait bien y avoir un ramollissement circonscrit des cellules appartenant à l'accessoire (atrophie du trapèze) ; c'est ce qui ressort des avis de Gaupp, L. Mann, E. Remak, Gowers. On pourrait également songer aux foyers de dégénérescence traumatique diffus par trouble direct de L. Bruns, siégeant comme il vient d'être dit. Quant aux phénomènes d'excitation les uns sont en rapport avec des processus de régénération des nerfs, les autres émanent de l'impression terrifiante et expliquent la conclusion d'un des experts (névrose traumatique). P. K.

VII. Un cas de pachyméningite cervicale syphilitique avec paralysie double de la sixième paire ; par le Dr H. Lamy, ancien interne des hôpitaux. (*Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, 1894, n° 2.)

Cette observation de M. Lamy est intéressante surtout parce qu'elle démontre la nature certainement syphilitique d'une méningite cervicale, laquelle a la plus grande analogie clinique avec la pachyméningite cervicale hypertrophique de Charcot et de Joffroy.

Homme de trente-neuf ans, hérédité nerveuse assez lourde, entre à la Salpêtrière en 1892. Syphilis douze ans auparavant, accidents secondaires, pas de traitement sérieux. Début de la maladie il y a deux ans par de la céphalée, des vertiges, de la diplopie, de la perte de la mémoire et enfin par un embarras assez prononcé de la parole. Un peu plus tard, violentes douleurs musculaires dans les membres supérieurs, surtout aux avant-bras et aux mains, et dans les muscles du thorax. Réaction de dégénérescence dans un grand nombre de muscles. Paralysie des deux sixièmes paires. Etat général mauvais, le malade se tient voûté et il marche mal, sans que, pourtant, les muscles des membres inférieurs soient paralysés ou atrophiés. Traitement spécifique : iodure de potassium 6 grammes par jour et frictions mercurielles. En peu de temps amélioration notable : les vertiges disparaissent, la diplopie disparaît, plus de céphalée et la mémoire redevient normale. L'état général est bon, les douleurs ne se font plus sentir, tous les symptômes enfin se dissipent, sauf l'atrophie musculaire qui, elle, reste aussi prononcée qu'avant le traitement.

En somme donc, l'affection répond au diagnostic de pachyméningite cervicale avec paralysie atrophique des membres supérieurs, avec des symptômes cérébraux en plus, et elle est certainement sous la dépendance de la syphilis. C.

VIII. Myopathie primitive généralisée; par MM. Paul Londe et Henry Meige. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1894, n° 3.)

L'existence des myopathies primitives, c'est-à-dire des myopathies sans lésion médullaire ni nerveuse, le muscle lui-même étant primitivement atteint, est mise hors de doute aujourd'hui. On s'était ingénié, ces temps derniers, à multiplier les formes de ces myopathies primitives, chaque auteur donnant son nom au type qu'il observait pour la première fois. C'est ainsi qu'on a créé le type Landouzy-Déjerine, le type Zimmerlin, le type juvénile d'Erb et le type Leyden-Mœbius. Mais on s'est aperçu que la variété des groupements musculaires primitivement atteints était infinie, et que chaque variété limitée au début se généralisait le plus souvent par la suite et perdait ses caractères distinctifs. Aussi tend-on aujourd'hui à englober tous ces différents termes sous la dénomination générale de *myopathie primitive et progressive;* en Allemagne, on dit : *dystrophie musculaire progressive.* — Cette nouvelle conception synthétique est due à Charcot. — C'est, en effet, le grand neuropathologiste français qui a reconnu la coexistence, chez le même sujet, des atrophies avec des pseudo-hypertrophies musculaires, qui en outre a fait voir que les muscles en pseudo-hypertrophie étaient cependant paralysés, qu'ils avaient perdu leur propriété fonctionnelle, et enfin que, dans toutes les myopathies primitives généralisées, les réactions électriques étaient similaires, que les contractures fibrillaires faisaient défaut et que ce caractère familial était commun à tous les types.

Voici un cas qui, précisément, ne correspond exactement à aucune des formes qu'on a cherché à différencier autrefois, il n'y a cependant aucun doute qu'il ne rentre dans la grande classe des myopathies primitives progressives.

Femme, vingt-sept ans, lourde hérédité neuropathique, une sœur a été myopathique. A quinze ans, la marche commence à devenir défectueuse, la malade s'affaisse parfois brusquement par suite d'une grande faiblesse des jambes, elle court d'une façon ridicule qui fait rire. Les troubles de la marche vont en s'accentuant, à dix-huit ans elle n'est plus capable de se relever seule quand elle est tombée. C'est à ce moment que les membres supérieurs se prennent à leur tour; enfin depuis dix ans, la malade ne peut plus quitter sa chambre. A signaler, dès le début, de violents maux de tête et d'estomac qui n'ont pas cessé.

Actuellement, le *facies* a quelque chose de spécial, les traits sont

épaissis, flasques, pas ou peu de rides, l'occlusion forcée des paupières est difficile, la bouche est large, les lèvres sont projetées en avant. La malade ne peut siffler ni souffler un peu fort. Au *tronc :* Tous les muscles sont plus ou moins atteints. La tête est fortement inclinée en avant. Lordose lombaire légère et cyphose cervico-dorsale légère également. Aux *membres supérieurs :* atrophie des deltoïdes et impossibilité d'étendre horizontalement les bras. D'une façon générale, les divers mouvements des bras sont, ou impossibles, ou très difficiles et alors très peu étendus. Aux *membres inférieurs :* les grands fessiers sont atrophiés, mais l'atrophie est dissimulée par une forte masse graisseuse. Les mouvements difficiles et limités. Assise, la malade ne peut se lever sans un point d'appui le long duquel elle se hisse. Mouvements des pieds très faibles, chute des pieds pendant la marche, les extenseurs étant surtout atteints. Rétraction des gastro-cnémiens. Démarche « en canard », le bassin s'inclinant du côté de la jambe oscillante. L'examen de la sensibilité électrique démontre, d'une façon générale, une diminution simplement quantitative, mais ne démontre rien qui rappelle la réaction de dégénérescence.

Il y a surtout à retenir de cette observation : le début de la maladie seulement à l'âge de quinze ans; l'envahissement rapide de l'impotence fonctionnelle et la localisation prédominant à gauche ; la conservation apparente des formes extérieures, surtout aux membres inférieurs (pseudo-hypertrophie sans hypertrophie); les modifications survenues dans la station et dans la marche; enfin l'hérédité de la malade. CAMUSET.

IX. UN CAS D'HÉMIPARAPLÉGIE SPINALE AVEC ANESTHÉSIE CROISÉE D'ORIGINE SYPHILITIQUE ; par M. JORAND, interne des hôpitaux. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1894, n° 2.)

Le syndrome de Brown-Séquard (hémiparaplégie et anesthésie croisées) est ordinairement dû à une lésion unilatérale de la moelle par un instrument tranchant ou par une balle de revolver, mais il peut aussi être sous la dépendance d'une affection organique du rachis, des méninges ou de la moelle.

L'hystérie peut également le provoquer, mais après les traumatismes, c'est la syphilis qui est son facteur étiologique le plus ordinaire et il existe une myélite sytématisée syphilitique spéciale qui a, comme symptôme constant, l'hémiparaplégie avec anesthésie croisées.

Voici un cas de ce genre :

Une femme de quarante et un ans, sans tare névropathique héréditaire, chétive, misérable et d'une débilité mentale assez prononcée, contracte la syphilis huit ans avant le début de l'affection. Aucun traitement. L'affection débute par de l'engourdissement dans le

membre pelvien gauche qui s'affaiblit progressivement, au point de devenir complètement impotent.

A la Salpêtrière on constate : paralysie presque complète du membre inférieur gauche, légères douleurs spontanées, surtout la nuit, dans ce même membre.

Le membre inférieur droit n'est pas du tout paralysé, mais la sensibilité y est fortement lésée : anesthésie à la douleur, à la chaleur et au froid, les sensations de contact et de pression sont conservées.

Ces troubles de la sensibilité dépassent le membre et on les retrouve à la moitié droite du tronc, jusqu'au niveau de la deuxième vertèbre lombaire. Les réflexes rotuliens sont normaux des deux côtés, il n'y a pas d'atrophie musculaire, ni de trouble trophique, pas plus à gauche qu'à droite. Pas de symptômes céphaliques, pas de troubles oculaires, on note seulement quelques vertiges et des palpitations assez violentes. — Le traitement spécifique n'amène aucune amélioration, et même les symptômes se prononcent de plus en plus, en même temps qu'apparaissent des troubles vésicaux, du gâtisme et une eschare au sacrum. La malade exige sa sortie et est perdue de vue. C.

X. Un cas de myopathie primitive progressive avec attitudes vicieuses extraordinaires; par M. A. Souques. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1894, n° 3.)

Observation. — Homme, vingt-sept ans, tare héréditaire légère, mais six frères ou sœurs morts en bas âge ou tuberculeux. A dix-sept ans les bras deviennent faibles et les épaules saillantes, c'est le début de l'affection qui, depuis, n'a fait que progresser. A vingt-cinq ans, le sujet ne pouvait plus se livrer à aucune occupation.

Etat actuel. — *Facies* myopathique très accusé, surtout vu de profil (traits flasques, peu de rides, occlusion normale des paupières incomplète, la fente palpébrale reste large de 3 ou 4 millimètres, lèvres grosses, proéminentes, impossibilité de siffler); crâne plus développé proportionnellement que la face; région occipitale aplatie. Au *cou*, les sterno-mastoïdiens très atrophiés. Aux *membres supérieurs :* morphologie des épaules normale; les trapèzes ont disparu; les omoplates sont d'une mobilité excessive; les avant-bras ont à peu près conservé leur forme et leur volume. Au *tronc :* thorax rectangulaire; grand relief des côtes; muscles pectoraux et dentelés disparus, abdomen proéminent, lordose dorso-lombaire monstrueuse, dont les photographies et les dessins qui accompagnent le texte sont seuls capables de donner une idée. Il est incroyable qu'avec une telle conformation un homme puisse se tenir debout et marcher. Bassin fléchi sur les cuisses et ne

pouvant se relever. Cuisses maigres, jambes et pieds d'aspect normal, simple diminution quantitative de l'excitabilité électrique, en rapport avec le degré d'atrophie des muscles ou avec les altérations de leur contractilité.

L'intérêt de cette observation réside dans l'attitude vicieuse extraordinairement prononcée. Pour se mettre debout, quand il est assis, le malade pend son appui sur ses genoux avec ses mains, il incline le tronc en avant et le soulève légèrement, il descend ensuite sa main gauche au-dessous du genou et étend en arrière le bras droit, il grimpe avec la main gauche le long de la cuisse et place le poing droit sur la fesse droite. Il redresse alors le tronc et applique le poing gauche sur la fesse gauche. Debout alors, la face antérieure du tronc formant une courbe convexe qui équivaut presque à une demi-circonférence, les avant-bras appliqués sur les fesses, il peut avec sa lordose inimaginable progresser et même monter des escaliers, marchant fortement « en canard » et les jambes très écartées. C.

XI. Un cas d'amyotrophie primitive accompagnée de réactions électriques anormales et de troubles de la sensibilité; par M. Thomas-D. Saville (de Londres). Traduction de M. le Dr Henry Meige. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1894, no 3.)

Les amyotrophies forment deux grands groupes, le premier comprend les cas où les muscles présentent des réactions électriques anormales, le second ceux où les muscles présentent des réactions électriques normales plus ou moins intenses. A cette division répond anatomiquement cette autre division : 1° amyotrophies de cause médullaire ou par lésion des nerfs périphériques; 2° myopathies primitives progressives, la lésion ne porte que sur la fibre musculaire.

Dans le premier groupe on trouve la paralysie spinale infantile, l'atrophie musculaire progressive, les atrophies avec paralysies dues à des névrites périphériques multiples ou localisées, les atrophies liées à des poliomyélites antérieures secondaires, c'est-à-dire consécutives à d'autres lésions spinales, par exemple les atrophies syringomyéliques, et enfin les atrophies musculaires articulaires.

Dans le second groupe, dans les myopathies primitives, il n'y a pas de réactions électriques anormales. A ce groupe appartiennent : la paralysie pseudo-hypertrophique et ces nombreuses variétés de myopathies primitives généralisées, qui ne forment en réalité qu'une seule classe, comme l'a démontré Charcot. C'est dans le second groupe qu'on doit faire entrer le cas suivant, bien que les muscles réagissent à l'électricité d'une façon anormale.

Observation. — Femme, vingt-sept ans à l'époque de l'examen. Début de l'affection de très bonne heure par l'orbiculaire des paupières, puis successivement : déformation vertébrale, déformation des pieds, altération de la parole, faiblesse musculaire très grande, lordose considérable, tous les muscles volontaires sont altérés... Facies myopathique : non fermeture des paupières, lèvres épaisses projetées en avant, absence de rides, etc... L'atrophie musculaire est si intense que l'on ne peut sentir par la palpation la moindre masse musculaire au deltoïde ou au trapèze. La force musculaire est diminuée en raison de l'atrophie. Les fléchisseurs sont toujours restés plus gros et par suite plus forts que les extenseurs, ce qui explique les déformations des extrémités et l'ensellure.

Jamais on n'a observé de tremblements fibrillaires. Il existe continuellement, sauf pendant le sommeil, des mouvements choréiformes. Il y eut des symptômes douloureux; une hyperesthésie cutanée et des douleurs sur le trajet de certains troncs nerveux, ces symptômes ne furent que transitoires. Enfin l'examen électrique peut se résumer ainsi : diminution générale de tous les modes d'excitabilité électrique avec quelques changements qualificatifs.

Comme on le voit, le cas serait classique, sans les symptômes douloureux qui, du reste, n'existaient plus au moment de l'observation, et surtout sans les modifications de la réaction électrique. Tous les autres caractères sont les caractères de la myopathie primitive, et c'est pourquoi on doit considérer le cas comme un véritable cas de myopathie primitive progressive, malgré les anomalies en question.

Mais les modifications de réaction électrique n'en sont pas moins l'indice d'une lésion profonde, d'une lésion de la moelle ou des nerfs. L'auteur, devant cette considération, se demande si les deux grandes variétés d'amyotrophies ne seraient pas toutes deux, au début, sous la dépendance de lésions médullaires ou nerveuses, et il propose l'hypothèse suivante : dans les myopathies dites primitives, les lésions nerveuses profondes survenues dans les premiers temps de la vie disparaissent ensuite, alors que le processus pathologique dont elles ont été le point de départ continue à évoluer dans les muscles. Dans l'observation qui précède, les lésions nerveuses, au lieu de disparaître, sont devenues chroniques en restant très légères. D'où les signes de réaction de dégénérescence qui sont leurs manifestations cliniques et qui rendent le cas anormal. C.

XII. Arthropathies nerveuses et troubles de la sensibilité; par M. E. Brissaud. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1894, n°s 4 et 5.)

Leçon de M. Brissaud faite à la Salpêtrière. Les arthropathies d'origine nerveuse ont une allure caractéristique. Ainsi les arthrites

du tabes qui sont typiques de ces athropathies sont des arthrites tout à fait spéciales : hydarthroses énormes, athrophies ou hypertrophies tendineuses, cartilagineuses, osseuses atteignant des proportions extraordinaires, dislocations articulaires des plus complexes, et avec tout cela, absence complète de phénomènes douloureux. La douleur, si elle existe, est passagère et extra-articulaire, elle est due à la distension rapide de la peau et des tissus voisins de l'articulation malade. En effet, l'accident se produit d'un coup. Il est extraordinaire que ces arthropathies si remarquables n'aient pas été reconnues plus tôt, car c'est Charcot qui les a décrites le premier.

Toutes les articulations peuvent être atteintes, et dans l'ordre de fréquence suivant : genou, hanche, épaule, articulation tibio-tarsienne, poignet, articulation du tarse, mâchoire. Ce qui frappe tout d'abord, c'est le gonflement énorme de l'article, et il est dû à un épanchement sanguin, la synoviale serait incapable de fournir une aussi grande quantité de liquide en aussi peu de temps. Le gonflement envahit tout le membre qui devient œdématié, éléphantiasique. Mais si le début de telles arthrites est soudain, la résorption, au contraire, est lente à s'effectuer. Quand elle est accomplie, on se rend compte de la gravité des désordres articulaires. L'article est informe, il y a des cavités là où devraient exister des saillies, on ne retrouve plus aucun rapport, les mouvements sont devenus indifférents, tous les éléments constitutifs de l'articulation sont détruits ou lésés, surtout atrophiés, mais quelques-uns aussi hypertrophiés.

Il arrive parfois que ces dislocations s'établissent sans fracas, peu à peu, insidieusement, mais toujours sans douleur. Le résultat est, du reste, le même. Dans tous les cas l'impotence fonctionnelle demeure plus ou moins marquée, elle est souvent absolue. Il faut noter que ces lésions articulaires commencent par des troubles trophiques osseux périostiques ou médullaires.

Les altérations articulaires trophiques du tabes se produisent particulièrement dans les tabes dits sensitifs. — M. Brissaud en donne des preuves cliniques, en présentant plusieurs malades dont les observations corroborent sa proposition. — Mais d'autres myélopathies que le tabes provoquent des arthropathies; la syringomyélie, par exemple, donne des dystrophies articulaires identiques à celles de l'ataxie, or, la syringomyélie est d'autant plus apte à produire ces accidents qu'elle est plus douloureuse. Il en résulte que si les arthropathies myélopathiques ne sont pas le propre du tabes, elles sont toujours caractérisées par un ensemble de phénomènes et par une évolution que le tabes réalise sous la forme typique. Elles figurent avec leur maximum de netteté dans le tabes sensitif. Elles accusent une réaction spéciale des éléments anatomiques, en présence de certaines excitations des nerfs sensitifs. Les troubles trophiques ne sont donc pas primitifs, ils sont secon-

daires, les troubles sensitifs sont toujours les premiers en date.

Voici les arguments physiologiques que M. Brissaud expose pour confirmer cette conclusion. — Les centres de coordination de la moelle président, non seulement aux mouvements, mais aussi à la nutrition intime des tissus. Les organes de la vie végétative exigent pour le maintien des échanges nutritifs réguliers à leur intérieur le fonctionnement régulier de ces centres. A une stimulation périphérique anormale, la moelle répondra par un mode d'activité plus grande ou plus faible de ses centres organiques, les échanges organiques subiront de ce fait, une perturbation qui se traduira par des hypertrophies, des atrophies, des congestions, des ischémies, etc. Or, tous ces phénomènes pathologiques appartiennent au tabes et on peut déjà saisir la raison des troubles trophiques dans cette affection. Du reste le tabes est loin d'être la seule maladie nerveuse qui justifie la loi de corrélation entre les troubles trophiques et les conducteurs nerveux centripètes : se rappeler l'hémiatrophie faciale qui s'établit à la suite de la névralgie du trijumeau, l'atrophie musculaire des arthrites douloureuses, etc.

Remarquons maintenant que si la lésion du tabes est unique quelle que soit la forme du tabes, il ne s'ensuit pas que les mêmes éléments nerveux soient lésés dans toutes les formes, on sait que de nombreux cylindre-axe échappent à la dégénérescence bien que plongés dans une zone sclérosée; l'identité de la lésion ne comporte que l'identité de la région médullaire atteinte. On peut donc très logiquement admettre que, dans le tabes sensitif, les fibres nerveuses centripètes de toutes les sensibilités subissent la dégénérescence, et que dans le tabes moteur, les seules fibres de la sensibilité réflexe sont atteintes.

Comment, avec cette théorie, expliquer le fait de la non-atrophie des muscles volontaires dans le tabes. On sait que quand l'atrophie musculaire existe, elle est due à des complications? — Par les *arcs diastaltiques réflexes*. La voie réflexe n'est pas unique, il existe une voie simple et des voies complexes. Si du lieu d'entrée des racines postérieures aux racines antérieures il existe un arc réflexe simple, il en existe d'autres qui parcourent un chemin bien plus long. Un de ces arcs va jusqu'à l'écorce cérébrale d'où il repart pour aboutir aux racines antérieures. Cet arc diastaltique réflexe constitue le système pyramidal. Si dans le tabes les fibres centrifuges de ce grand arc sont respectées, la nutrition des muscles striés est maintenue normale, car il subsiste assez de « sensations-souvenirs » dans l'écorce pour entretenir la fonction trophique des muscles, alors même que l'arc réflexe direct est interrompu. Un malade atteint, au contraire, de tabes sensitif a des troubles trophiques articulaires et surtout osseux, parce que les centres spinaux de réaction nutritive des os et des cartilages ne connaissent rien de l'écorce cérébrale. CAMUSET.

XIII. Trois cas d'arthropathie tabétique bilatérale et symétrique; par MM. A. Souques et J.-B. Charcot. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 4.*)

Première observation. — Femme, cinquante-quatre ans, sans tare héréditaire, nerveuse dans son enfance, syphilisée par son mari. Début du tabes trois ans après le mariage. Symptômes ordinaires du tabes. Vingt ans après le début, arthropathie tabétique classique à l'épaule gauche. Un an après, arthrite du pied gauche. Cinq ans après, arthropathie tabétique classique à l'épaule droite.

Dans les deux épaules les lésions sont identiques. La face latérale de l'épaule est aplatie, l'extrémité claviculaire et l'acromion forment une saillie au-dessous de laquelle on peut, en déprimant, toucher le fond de la cavité glénoïde. La tête humérale et les parties voisines de la diaphyse de l'humérus ont disparu. Il en résulte une mobilité invraisemblable des deux articulations, on peut faire faire aux membres deux ou trois tours autour de leur axe longitudinal. Pas de douleurs en dehors des douleurs fulgurantes.

Deuxième observation. — Femme, quarante-cinq ans, tare héréditaire, pas de syphilis, excès vénériens de toutes sortes depuis l'enfance. Début du tabes à vingt-six ans par des douleurs fulgurantes aux membres inférieurs. La maladie se manifeste sous une forme remarquablement sensitive. Douze ans environ après le début, arthrite du genou gauche et deux mois après arthrite du genou droit. Ces deux arthropathies tabétiques sont classiques, les membres inférieurs sont éléphantiasiques.

Troisième observation. — Homme, quarante-six ans, hérédité névropathique, syphilis. Début du tabes à trente-six ans par des douleurs fulgurantes. Le tabes reste presque exclusivement sensitif. Neuf ans après le début, arthrite du genou droit et un mois après arthrite du genou gauche. Ces deux arthropathies sont caractéristiques, la gauche est moins grave que la droite.

A noter chez ces trois malades une anesthésie profonde des articulations malades et l'intensité des douleurs fulgurantes, lesquelles douleurs ont précédé les arthrites de plusieurs années; elles ont siégé, non dans les articulations atteintes, mais dans les régions situées au-dessous d'elles. C.

XIV. Arthropathies syringomyéliques; par MM. Paul Londe et J. Serrey. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1894, nos 4 et 5.)

Leur connaissance est récente, elle est due à M. Debove (1889). La scoliose et les arthrites des petites articulations, les panaris, sont bien des troubles trophiques, mais les auteurs ne s'occupent ici que des arthropathies des grandes articulations.

Toutes les grandes articulations peuvent devenir le siège d'une

arthrite syringomyélique. Voici par ordre de fréquence celles qui sont le plus ordinairement prises : épaule, coude, poignet, hanche, genou, pied, tarse, mais celles des membres inférieurs, sauf la hanche, sont très rarement atteintes.

Ces arthrites surviennent à des époques variables, souvent au début de l'affection, elles peuvent être multiples et bilatérales, les hommes y sont plus sujets que les femmes. Leur apparition est souvent précédée de douleurs lancinantes ou de troubles trophiques cutanés, qui siègent parfois au niveau même de l'articulation qui va devenir malade.

Les arthropathies syringomyéliques affectent plusieurs formes. D'abord la forme d'hydarthrose, laquelle est rapide ou progressive. Dans le premier cas la tuméfaction est intra ou extra-articulaire, forte, elle peut exiger la ponction. Le plus souvent il n'y a pas de douleur. Dans le second cas, la ressemblance avec une hydarthrose ordinaire est complète. Ces hydarthroses guérissent lentement, sont sujettes à revenir, et après chaque rechute l'impotence fonctionnelle se prononce davantage. Après la résorption du liquide, on constate des désordres plus ou moins graves dans l'articulation : craquements, laxicité des ligaments, luxation. Il arrive souvent que l'articulation est complètement disloquée et qu'il existe des exostoses épiphysaires et même des productions osseuses extra-capsulaires. La caractéristique de l'arthropathie est l'hyperostose, cependant on trouve aussi des atrophies osseuses et souvent la coexistence des deux dystrophies. Enfin ces arthrites le plus souvent indolores sont parfois excessivement douloureuses; mais elles ont alors toujours subi un traumatisme.

La peau qui recouvre la lésion, excepté dans les cas exceptionnels, est atteinte d'analgésie et de thermo-anesthésie. Les parties profondes sous-jacentes sont également indolores, ce qui est démontré par les interventions chirurgicales.

L'évolution de ces arthrites est essentiellement chronique mais coupée de poussées aiguës. Il arrive que, par suite d'une infection accidentelle secondaire, l'articulation suppure, il y a alors des dangers graves, la pyohémie même est à redouter. Ne pas confondre ces suppurations secondaires avec les arthrites suppurées d'emblée, lesquelles n'ont pas de gravité et évoluent sans réaction.

Les arthropathies syringomyéliques dépendent de lésions médullaires, on ignore encore quelles sont ces lésions, on sait seulement qu'il y a corrélation entre les troubles sensitifs et trophiques.

Quand on sait que le sujet est syringomyélique, le diagnostic de ces arthrites est facile, sinon les erreurs sont fréquentes surtout quand la lésion articulaire apparaît tout à fait au début de l'affection. On doit différencier les arthropathies syringomyéliques des arthrites traumatiques ordinaires, des arthrites tabétiques, des arthrites déformantes, des arthrites de la lèpre. C.

XV. Un cas de syringomyélie atypique; par M. J. Targowla. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1894, n° 5.)

La triade symptomatique de la syringomyélie comprend : l'atrophie musculaire, la dissociation de la sensibilité et les troubles trophiques. Chaque symptôme peut prendre une importance particulière, d'où variété des types et aussi difficulté parfois du diagnostic. Exemple :

Observation. — Monoplégie brachiale droite. Dissociation de la sensibilité, arthropathies multiples. Luxation spontanée de l'épaule droite. Cypho-scoliose, Déformations cicatricielles des doigts. Dermographisme. Trouble de la sécrétion sudorale. Pas d'atrophie musculaire, sauf un léger aplatissement de l'éminence thénar droite. Tremblement fibrillaire dans les muscles de l'avant-bras droit.

Donc, plusieurs des symptômes de la syringomyélie, mais pas tous. En outre il existe des symptômes d'amyotrophie : contraction lente des muscles à la suite d'une excitation mécanique ou électrique. Abaissement considérable de l'excitabilité électrique. Tremblement fibrillaire de certains groupes de muscles. On sait aussi que dans les névrites périphériques il peut y avoir de la dissociation de la sensibilité.

En réalité, cependant, et la chose n'est pas douteuse, il s'agit d'un cas de syringomyélie, mais d'une syringomyélie à forme mixte, la syringomyélie type Morvan, décrite par Charcot. La lésion doit être localisée plutôt vers les cornes postérieures puisqu'il n'y a qu'à peine un peu d'atrophie musculaire, elle doit siéger surtout à droite et enfin se trouver au niveau du renflement cervical. Ce serait le type médian postérieur de la classification anatomo-physiologique de Charcot. Camuset.

XVI. Les arthropathies trophiques au point de vue chirurgical; par M. Chipault. (*Nouvelle Iconog. de la Salpêtrière*, 1894, n° 5.)

Dans ce travail, l'auteur n'étudie pas le diagnostic des arthrites neuropathiques, il se borne à l'examen des cas où l'articulation trophique — c'est ainsi qu'il désigne les arthropathies d'origine nerveuse — acquiert une occasion chirurgicale par l'adjonction de quelque élément connexe. Il classe ainsi ces éléments connexes : traumatisme au début ou pendant l'évolution de l'affection nerveuse, infection surajoutée, troubles trophiques graves, nature chirurgicale de l'affection nerveuse causale.

Viennent d'abord quelques observations de traumatisme au début de l'affection nerveuse, ou pendant le cours de celle-ci. Suit l'étude des infections secondaires, l'articulation devient alors tropho-infectieuse. L'inflammation infectieuse peut se propager aux nerfs péri-

articulaires. Les articulations tropho-infectieuses comprennent les tropho-tuberculeuses, les tropho-suppurées, les tropho-névrotiques. Il y a lieu de décrire à part l'ensemble des lésions articulaires qui peuvent faire partie des symptômes du mal perforant.

Les arthrites consécutives aux affections chirurgicales de la moelle et des nerfs comprennent des types importants. A la suite du traumatisme des nerfs périphériques on note des arthrites ankylosantes, le plus ordinairement des petites articulations. Le début en est indolore et progressif. Les arthrites consécutives aux lésions chirurgicales de la moelle constituent de simples curiosités pathologiques, ainsi l'hydarthrose du genou provoquée par une tumeur médullaire.

Au point de vue de l'intervention chirurgicale, on doit admettre deux grandes classes : celle des arthropathies trophiques pures et celle des tropho-infectieuses. Presque toujours, sinon toujours, l'intervention est locale, cependant la lamnectomie a parfois amené des guérisons radicales. Si l'arthrite est simple, on n'a que rarement à intervenir, et seulement dans un but orthopédique et non curatif. Toutes les arthrites tropho-infectieuses, elles, sont chirurgicales; la discussion ne porte que sur le choix des moyens à employer. Notez que les tissus périarticulaires saignent beaucoup et qu'ils constituent un mauvais terrain chirurgical. En revanche, ils sont ordinairement analgésiques, ce qui permet de ne pas employer le chloroforme. C.

XVII. Migraine ophtalmique et aphasie; par J. M. Charcot. (*Nouvelle Inonog. de la Salpêtrière*, 1895, n° 1.)

Leçon inédite publiée intégralement d'après le texte du manuscrit original du professeur J.-M. Charcot.

Exemple d'un cas d'aphasie transitoire, à répétition survenant par accès, et qui se rattache à la migraine ophtalmique. — Homme, trente ans, père tabétique. Début de l'affection il y a quinze ans par de fréquentes céphalalgies. A vingt ans, la douleur se complique de troubles visuels, hémiopie et ensuite des vomissements. Plus tard les accès s'accompagnent d'un autre phénomène encore, un scotome scintillant, et après engourdissement dans le membre supérieur droit. Enfin, dans ces derniers temps, un dernier syndrome vient encore compliquer les accès déjà très complexes, une aphasie complète portant sur tous les modes de réception et d'expression du langage.

Ce cas est un exemple de migraine ophtalmique *accompagnée*, ainsi nommée parce qu'elle est accompagnée de plusieurs phénomènes qui pourraient manquer, sans que la maladie cessât d'être une véritable migraine ophalmique, dont les éléments essentiels sont : la céphalée frontale, l'hémiopie et le scotome scintillant. Il arrive

que les accès de cette migraine soient frustes et réduits à quelques-uns seulement de ces éléments, ou bien les symptômes anormaux (non essentiels) prédominent tellement qu'on ne voit qu'eux et qu'on méconnait l'affection véritable. C'est ainsi qu'on a diagnostiqué des aphasies transitoires à répétition, qui n'étaient que des migraines ophtalmiques frustes. De même des accès d'épilepsie intermittents, qui disparaissaient à un moment donné, et qui se rattachaient eux aussi à la migraine ophtalmique.

La migraine ophtalmique guérit ordinairement ; en tout cas, les symptômes les plus alarmants, comme l'aphasie, finissent par disparaître. Il y a des exceptions à cette règle, l'aphasie s'établit parfois définitivement, aussi faut-il traiter cet accident dès qu'il se manifeste. Les bromures réussissent très bien alors. On doit noter aussi que la migraine ophtalmique peut être symptomatique d'autres affections protopathiques, la paralysie générale, par exemple. Toutes ces considérations ne permettent pas de donner toujours un pronostic favorable. C.

XVIII. Paralysie bilatérale du deltoïde par élongation des deux nerfs circonflexes ; par M. Raymond. Leçon recueillie par M. A. Souques. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1895, n° 1.)

Observation. — Homme, vingt-quatre ans, très fortement musclé, non héréditaire. Cet homme a, depuis quelque temps, l'habitude de dormir dans une attitude peu ordinaire. Couché sur le dos, les bras relevés et les mains jointes derrière la nuque. Un matin il se réveille ne pouvant plus lever les bras. Il existait une paralysie deltoïdienne double.

Le sujet peut à peine esquisser le mouvement d'écartement des bras, réflexes conservés aux coudes et aux poignets. Engourdissement vague dans les deux régions deltoïdiennes qui s'exaspère la la nuit. Hypoesthésie double dans la zone d'innervation des deux nerfs circonflexes. Excitabilité voltaïque et faradique affaiblie dans les diverses parties des deltoïdes, réaction partielle de dégénérescence dans les mêmes muscles. Il y a donc bien paralysie des deltoïdes. D'autres muscles sont-ils paralysés ? Non, la preuve en est donnée par des considérations physiologiques démontrant que les dentelés et les sous-épineux fonctionnent normalement.

La cause de cette double paralysie réside dans la distension et la compression des nerfs circonflexes. On sait que ces nerfs contournent le col chirurgical de l'humérus et qu'en outre de leurs branches motrices, ils émettent une branche sensitive qui s'épuise dans la peau de l'épaule, précisément dans la région sur laquelle, chez le sujet, on constate de l'hypoesthésie. Sur une préparation anatomique, en donnant aux membres supérieurs la même position que celle que le malade prenait en dormant, on constate que les circon-

flexes sont tiraillés quand ils ne sont pas flexueux. La sinuosité de ces nerfs est du reste la règle, et c'est ce qui explique pourquoi, alors que beaucoup de personnes prennent en dormant la posture du malade, elles n'éprouvent pas l'accident qui a frappé celui-ci, dont les nerfs circonflexes ne sont certainement pas sinueux.

On voit que, comme le professeur Raymond l'annonce en commençant, ceci est bien un cas d'étude. Pour être complet il discute à la fin le diagnostic. L'hypothèse d'une lésion médullaire comme facteur étiologique est à rejeter, parce qu'il faudrait une lésion parfaitement homologue des parties antérieures des deux moitiés de la moelle, et surtout parce qu'il n'y a pas d'atrophie musculaire. L'hypothèse d'une paralysie hystéro-traumatique ne convient pas non plus, parce que l'anesthésie serait plus franche, autrement limitée, et parce qu'il n'existe pas, chez le sujet, de stigmate d'hystérie. Traitement : courants faradiques. Amélioration progressive qui fait espérer une guérison complète prochaine. CAMUSET.

XIX. LA NOTION ÉTIOLOGIQUE DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS DANS LA MALADIE DE LITTLE; par MM. les Drs FOURNIER et GILLES DE LA TOURETTE. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1895, n° 1.)

Deux cas de maladie de Little, dans lesquels l'hérédo-syphilis semble être un des éléments étiologiques de l'affection.

Première observation. — L'enfant, un petit garçon, a quatre ans actuellement. Il est né à six mois et demi, son père était syphilitique. On s'aperçut qu'il était paralysé des quatre membres dans les premiers temps de son existence, surtout des membres inférieurs. Ses reins ne le soutenaient pas. Puis les membres supérieurs devinrent progressivement normaux quoique l'un resta toujours plus faible que l'autre. Les membres inférieurs s'améliorèrent également, mais s'ils devinrent mobiles ils demeurèrent raides, et cette roideur ne fit que s'accentuer avec le temps. A quatre ans, l'enfant ne peut marcher, il est incapable de se tenir debout, ses membres inférieurs très raides ne le soutiennent pas. Couché, on constate que les cuisses sont fortement accolées l'une à l'autre, on a peine à les séparer. Trépidation spinale, exagération des réflexes, les pieds sont en équin direct, le tendon d'Achille est raccourci. Il existe des signes de syphilis héréditaire. Intelligence très développée. Le diagnostic est évident : Tabes spasmodique infantile. Le traitement consiste en légères frictions mercurielles et en l'administration d'iodure de potassium 30 à 50 centigrammes par jour. Amélioration.

Deuxième observation. — Le père syphilitique est en outre porteur d'une tare héréditaire névropathique lourde. Un premier enfant mort en bas âge était atteint de la maladie de Little. Le second,

une fille, née à terme, bien conformée, intelligente, ne peut maintenir la tête droite sans appui. Assise, le tronc se fléchit à droite ou à gauche. Elle lève difficilement les bras, surtout le gauche. Les membres inférieurs sont raides, en extension constante. La sensibilité est conservée, les réflexes sont normaux. Même traitement que dans le cas précédent. Amélioration.

Dans ces deux cas, le diagnostic s'impose, il s'agit évidemment de deux cas de maladie de Little. Sans préjuger de la nature intime de cette affection, ni de ses lésions cérébrales ou médullaires, sans rechercher non plus si la maladie de Little n'est qu'une variété d'une grande classe nosologique, les *diplégies d'origine cérébrale*, les auteurs croient pouvoir avancer que la syphilis n'est pas toujours innocente de ce tabes spasmodique infantile. C.

XX. Deux cas de syndrome de Weber; par MM. Souques et Paul Londe. (*Nouvelle Iconog. de la Salpêtrière*, 1894, n° 6.)

On désigne sous le nom de *signe de Weber* une paralysie croisée comprenant le moteur oculaire d'un côté et le facial inférieur ainsi que la moitié du corps du côté opposé. La cause de cette paralysie croisée consiste en une lésion de la troisième paire et du pédoncule cérébral d'un même côté. — Deux observations.

Première observation. — Femme, vingt-sept ans. Il y a deux ans céphalée, puis névralgie du trijumeau droit, amblyopie des deux yeux. Il y a deux mois, hémiplégie gauche qui se localise au membre supérieur et en même temps, paralysie, de la troisième paire droite. Le traitement antisyphilitique ne produit aucun résultat. Il est probable qu'il s'agit de tuberculose.

Deuxième observation. — Homme, vingt et un ans. Hémiphégie complète droite respectant le facial supérieur et paralysie de la troisième paire gauche. Embarras de la parole comme dans la paralysie générale, la motilité de la langue est demeurée intaete. Quelques troubles mentaux. Plus tard aphasie. Gâtisme. La nature de la lésion est sans doute tuberculeuse.

Noter que quand l'aphasie accompagne de signe de Weber, la lésion siège toujours dans le pédoncule gauche, ce qui tend à confirmer la réalité de l'existence du faisceau de l'aphasie.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES ALLEMANDS.

SESSION DE DRESDE.

Séance du 21 *septembre* 1894. — Présidence du professeur Jolly.

M. Sommer. *La psychologie criminelle.* — Dans son important rapport sur cette question, l'auteur examine d'abord les conséquences que l'on peut être amené à déduire des idées de Lombroso, au point de vue de la responsabilité, du libre-arbitre et du droit pénal. Lombroso, on le sait, affirme qu'une partie des sujets considérés comme criminels par la justice, et condamnés comme responsables de leurs actes, présentent des anomalies morphologiques, anatomiques, qui sont les stigmates congénitaux d'un état psychique anormal, également congénital (stigmates de dégénérescence). Nombre de criminels seraient donc des criminels *endogènes*, c'est-à-dire qu'ils seraient devenus tels, nécessairement, en vertu de leur organisation. Y a-t-il réellement un criterium morphologique de la *criminalité endogène?* Non : il n'existe pas de *type criminel.*

Une autre question se pose maintenant : Existe-t-il des criminels-nés? La solution de cette seconde question reste complètement indépendante de celle de la première. Oui, il existe des sujets qui présentent, dès le plus jeune âge, des tendances impulsives aux actes criminels : faut-il les considérer comme atteints d'idiotie morale congénitale, de maladie psychique endogène. Cette idiotie morale doit-elle être nettement distinguée des tendances criminelles justiciables du Code pénal.

La ruine de l'hypothèse du type anatomique du criminel ne préjuge en rien de la solution du problème du crime endogène. Les sujets atteints d'idiotie morale sont-ils bien réellement des *malades* et doivent-ils par suite être justiciables du médecin?

Il convient d'abord de faire remarquer que l'expression de débilité ou d'idiotie morale ne peut être employée qu'après élimination de toutes les maladies qui ont parmi leurs symptômes un arrêt de développement congénital du sens moral. Les sujets qui, au cours

de la vie fœtale ou de l'enfance, ont été atteints d'une affection du cerveau ayant eu pour conséquence l'arrêt de développement du sens moral, les sujets atteints de faiblesse psychique généralisée congénitale, appartiennent tous à l'asile d'aliénés et non à la prison. Nous n'envisageons ici que les cas dans lesquels le manque de sentiments moraux et les impulsions criminelles existent à l'*état isolé*, sans trouble de l'intelligence et sans qu'on puisse les considérer comme les symptômes d'une maladie psychique. Est-il possible de séparer ces cas, en dépit de leur parenté phylogénétique avec la dégénérescence, des affections mentales? La réponse doit être affirmative. La caractéristique de l'acte criminel est la satisfaction de l'individu au détriment de l'intérêt, ou contre la volonté de la communauté. Dans les cas que nous envisageons, manque le criterium de la maladie, à savoir le dommage infligé directement à l'individu par suite de l'état psychique qui a présidé chez lui à l'acte criminel. Il en résulte que la répétition même d'actes criminels et l'absence totale de sentiments moraux grâce à laquelle ils se produisent, ne sont jamais suffisantes par elles-mêmes pour permettre d'affirmer un état maladif. Ces criminels endogènes doivent être enfermés dans des établissements pénitentiaires. Quand bien même on ferait des criminels endogènes un groupe spécial et que la société réclamerait le droit de les soumettre à une détention perpétuelle; ces sujets n'en devraient pas moins être séquestrés dans des établissements pour les criminels incorrigibles et non dans des asiles d'aliénés. L'auteur s'élève contre les conséquences erronées qui ont été déduites de la théorie des tempéraments criminels endogènes, au point de vue du traitement de ces individus. Kirn, par exemple, déclare que si les criminels d'habitude ont, sans exception, un niveau intellectuel faible, s'ils sont poussés au crime d'une façon fatale par un besoin maladif, il faut les interner dans un asile dirigé par un médecin. Sommer fait observer qu'il n'envisage que les sujets atteints d'un arrêt de développement psychique partiel portant sur la sphère morale, avec conservation de l'intelligence, et il insiste sur ce point, que ces individus, malgré la nature endogène et congénitale de leur caractère, n'appartiennent nullement à l'asile d'aliénés, mais sont réclamés par les établissements de détention. Est-on cependant décidé à considérer les sujets chez lesquels des instincts antisociaux apparaissent d'une façon endogène, comme non responsables ? Que l'on n'aille pas alors invoquer une maladie mentale, mais que l'on spécifie qu'ils sont irresponsables, par suite d'instincts endogènes, sans cependant être atteints d'une affection mentale.

Caractère criminel endogène et maladie psychique sont deux concepts différents. La folie morale à l'état isolé doit être rejetée. C'est, ajoute Sommer, dans l'identification de la perte du libre-arbitre avec une maladie mentale qu'est la source d'erreurs

multiples : le fait de la nature endogène d'un état psychique ne suffit pas pour démontrer qu'il s'agit d'une manifestation maladive.

Discussion : M. Pelman n'adopte pas la manière de voir du rapporteur. Les résultats des recherches modernes sur l'anthropologie criminelle ne sauraient être condamnés par les conséquences pratiques qui peuvent en découler. C'est à la Société à conformer ses mesures pénales aux notions scientifiques actuelles.

M. Kurella n'est point d'avis de faire reposer la distinction entre le tempérament criminel et les psychopathies sur l'avantage ou le dommage qui résulte pour le sujet de son acte. Le fait que M. Sommer reconnaît l'existence du caractère endogène de nombre de tendances criminelles est un résultat des travaux de l'école de Lombroso. Sans doute les stigmates morphologiques de cette prédisposition criminelle ne sont pas connus avec précision, mais peut-on affirmer qu'ils n'existent pas ? Je pense avec M. Sommer qu'il existe une prédisposition criminelle congénitale qui, par sa nature, doit rester en dehors de la pathologie et n'est qu'une variété anthropologique. Avec lui je considère les natures purement asociales comme devant entrer dans la catégorie des criminels et comme échappant à l'aliéniste.

M. Leppmann s'élève contre les idées émises par M. Kurella ; il critique également les conceptions exposées dans le manuel d'anthropologie criminelle de ce dernier. Il se félicite que M. Sommer ait reconnu la nécessité d'une délimitation entre le crime et la folie, et en ait tenté l'esquisse. Mais il considère qu'il est bien difficile de faire le départ des causes endogènes et exogènes du crime ; des recherches patiemment poursuivies sont nécessaires. Il conclut que le crime n'est pas en lui-même une manifestation pathologique ; c'est une manifestation vitale de l'organisme social, c'est une conséquence inévitable de tout groupement social.

M. Mendel se rallie aux idées exprimées par le précédent orateur.

M. Naecke reproche au rapporteur de n'avoir pas insisté sur la question importante, la psychologie du criminel. Il montre que les tendances criminelles sont déjà contenues à l'état embryonnaire (mensonge, cruauté) chez les individus appartenant aux classes inférieures de la société. Il n'y a donc entre ces derniers et les criminels qu'une différence quantitative et non qualitative. La fréquence des signes de dégénérescence doit faire penser, chez les criminels, à une cause endogène. Cette dernière est jusqu'à un certain point d'ordre pathologique. Naecke n'est point convaincu qu'un criminel dont la nature endogène est bien démontrée ne doive pas être considéré comme un *malade*. Au point de vue pra-

tique des réformes du droit pénal sont déjà appliquées dans différents pays.

M. KURELLA proteste contre le rapprochement fait par M. Naecke entre les criminels et les classes inférieures de la société.

P. SÉRIEUX.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 29 avril 1895. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL MOREAU.

DISTRIBUTION DES RÉCOMPENSES.

Prix Moreau (de Tours). — Sur le rapport de M. SEMELAIGNE fils, le prix Moreau (de Tours) est décerné à M. HANNION pour sa thèse sur la *Confusion mentale.* Une mention honorable est accordée à la thèse de M. Maupaté, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières, intitulée *Recherche d'anthropologie criminelle chez l'enfant.*

Prix Belhomme. — Sur le rapport de M. SOLLIER, le prix Belhomme est accordé à M. BOYER professeur à l'*Institut médico-pédagogique* de Vitry (Seine). Une mention honorable est décernée à M. le Dr Bonnet, médecin-adjoint à l'asile de Saint-Robert.

Prix Esquirol. — M. SÉRIEUX, donne lecture de son rapport décernant le prix Esquirol à MM. Antheaume et Iscovesco, internes du service des femmes de l'asile de Villejuif pour leur mémoire sur les *Rapports du tâbes avec la paralysie générale.* M. B.

BIBLIOGRAPHIE.

I. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie;* par le Dr GILLES DE LA TOURETTE (Paris, 1895). Seconde partie *hystérie paroxystique et traitement,* 2 volumes. PLON et Cie, éditeurs.

Dans la préface que le professeur Charcot a consacrée au *Traité clinique et Thérapeutique de l'Hystérie,* par le Dr Gilles de la Tourette

le maître constate que ce premier volume « dû à un des meilleurs parmi ses élèves », et qu'il a lu « avant l'imprimeur » est la reproduction aussi sincère que possible de son enseignement et des travaux qu'il a inspirés à ses élèves. Si le professeur Charcot avait pu lire la seconde partie de ce traité, il n'aurait eu à regretter en rien son opinion, et pas un mot ne serait changé dans cette préface.

Tout comme le premier volume, les deux derniers sont l'interprétation fidèle des opinions du professeur Charcot et des travaux de l'école de la Salpêtrière. Ceux qui ont suivi un peu assidûment cet enseignement retrouveront dans ce traité, entourées d'une profusion de documents, d'analyses de travaux et d'observations, les idées si fréquemment émises par le maître, et ils jugeront comme nous cet ouvrage tel que le professeur Charcot l'aurait voulu. Fidèle aux traditions de l'école, M. Gilles de la Tourette cite de nombreux exemples empruntés à l'art et à la littérature religieuse si féconds en reproductions et en descriptions de cas d'hystérie.

La première partie de ce traité est consacrée à l'*Hystérie normale ou interparoxystique*, la seconde partie traite de l'*hystérie paroxystique et du traitement*. Après avoir décrit la grande attaque d'hystérie avec la régularité de ses phases successives, l'auteur démontre avec documents à l'appui ce qu'a d'erroné la théorie de M. Bernheim qui veut qu'en dehors de la Salpêtrière on n'ait pu observer la régularité de ces phases dont Charcot a donné la description. Cette succession des trois périodes épileptoïde, cloniques et des attitudes passionnelles ne se pésente pas toujours avec la régularité qu'on retrouve dans les cas typiques et qui ont servi de base aux descriptions. Mais l'esquisse en existe toujours; la variété des combinaisons dues à la durée insolite d'une phase, a son importance prédominante, à la variabilité dans l'intensité d'une d'elles au détriment des autres constitue justement les formes si nombreuses de l'attaque d'hystérie.

Ces attaques d'hystérie si souvent remarquables par leur violence et leur durée n'ont pas été sans attirer rapidement l'attention sur l'état de la nutrition dans les paroxysmes; les recherches de MM. G. de la Tourette et de Cathelineau constituent, comme l'a dit M. Charcot, une « véritable découverte ».

Ce sont ces recherches basées sur l'examen des urines qui ont permis à l'auteur de diviser l'hystérie en paroxystique et interparoxystique; il les résume ainsi lui-même.

« L'attaque convulsive d'hystérie comprenant une période d'analyse des vingt-quatre heures à dater de son début, se caractérise par une polyurie relative due à la première sécrétion, le total de l'urine des vingt-quatre heures étant généralement au-dessous de la normale. Le résidu fixe, l'urée, les phosphates, les chlorures, les sulfates sont diminués d'un tiers par rapport à l'état normal. Le rapport de l'acide phosphorique terreux à l'acide phosphorique

alcalin (les deux formant l'acide phosphorique total) qui, à l'état normal, est en chiffres ronds comme 1 est à 3 tend à devenir, comme 2 est à 3 sinon plus...

La longueur et l'intensité de l'attaque accentuent les modifications nutritives qui sont parfaitement perceptibles par l'analyse chimique pour une simple attaque d'un quart d'heure de durée. » Elles débutent avec l'attaque. La nutrition reste normale dans l'intervalle des paroxysmes.

Cette formule chimique est applicable aux autres paroxysmes hystériques survenant sous forme d'accès, soit simples, soit prolongés ou états de mal. Ces faits consacrent d'une façon irréfragable la merveilleuse intuition qui avait poussé M. Charcot à faire partie du même tout des phénomènes cliniques aussi différents les uns des autres que les convulsions épileptoïdes d'une part [1], et les attitudes passionnelles de l'autre. L'analyse des urines des vingt-quatre heures peut en outre trancher la question souvent si difficile de l'attaque de l'hystérie ou de l'accès d'épilepsie.

Après avoir décrit les formes si nombreuses qui, par prédominance d'un des phénomènes, prennent un aspect auquel il est souvent si difficile d'attribuer sa véritable cause (vertiges hystériques, attaques avec syncopes, absences, pseudo-méningite hystérique, pseudo-angine de poitrine, etc...), M. G. de la Tourette s'occupe des cas où la mort a été attribuée à l'attaque; il résume le point important en constatant « combien sont rares les cas de mort au cours du paroxysme hystérique simple ou prolongé sous forme d'état de mal ; l'attaque de spasme paraît avoir surtout le privilège. Encore, semble-t-il, pour qu'elle agisse dans le sens fatal, qu'il faille la coexistence d'altérations organiques auxquelles elle apporte, dans la circonstance, son funeste concours ». L'auteur s'occupe ensuite de quelques variétés de l'attaque et de l'état de mal hystérique revêtant plus particulièrement le type convulsif; puis de la chorée rythmée et des spasmes rythmiques hystériques. Il met bien en évidence que, comme l'enseigne Charcot, la chorée rythmée n'est qu'une attaque hystérique transformée. Dans l'attaque et dans l'état de mal du sommeil hystérique, il ne s'agit en réalité que d'une grande attaque modifiée par l'immixtion des phénomènes léthargiques occupant une place prépondérante. Il insiste longuement sur le diagnostic si important dans l'espèce et démontre un fait d'un intérêt médico-légal considérable, que le viol peut être perpétré pendant la léthargie hystérique le plus souvent à ce qu'il semble sans que la malade en ait conscience. S'occupant ensuite de l'attaque cataleptique, de l'attaque des délires et des états délirants, l'auteur arrive aux formes somnam-

[1] Voir l'obs. de Geneviève et surtout celle de Parm... dans le tome III de l'*Iconographie de la Salpêtrière*, p. 58-78. (B.)

buliques de l'hystérie, aux états seconds de l'amnésie rétro-antérograde et à l'automatisme hystérique ambulatoire. Ce chapitre mérite une attention toute particulière; on y trouve en effet des preuves qui paraissent indiscutables de l'identité de l'hystérie et de l'hypnotisme; les recherches de MM. G. de la Tourette et de Cathelineau ne sont point parmi les moindres. Il n'y a aucune différence de nature entre l'hypnose provoquée et l'hypnose spontanée. De même, il faut faire rentrer le somnambulisme dit naturel dans le cadre de l'hystérie.

Tous les états décrits dans ce chapitre ne sont en somme que les maillons d'une même chaîne qui commence au délire hallucinatoire de l'attaque pour se terminer au vigilambulisme; il en est de même de la folie hystérique, sujet si controversé qui, à aucun prix, ne doit être confondu avec les maladies mentales auxquelles l'hystérie peut s'associer mais sans jamais se fusionner. Les troubles trophiques sont traités avec la profusion de détails qu'ils méritent; M. Gilles de la Tourette décrit d'abord les troubles trophiques cutanés puis les hémorragies de la peau, des muqueuses et des organes des sens; l'auteur donne l'interprétation de ces faits si curieux à l'aide de la *diathèse vaso-motrice;* qu'il s'agisse d'éruptions vésiculeuses de zona, d'urticaire bulbeuse, de pemphigus ou de gangrène, le processus semble identique et il y a comme un air de famille entre tous ces cas; un des caractères principaux de ces phénomènes est la ténacité, et ce caractère est celui de tous les stigmates hystériques ; aussi, faut-il faire rentrer la diathèse vaso-motrice cause de tous ces troubles trophiques dans le fond commun de la névrose tout comme on y a admis la diathèse de contracture. Cette diathèse vaso-motrice évolue en somme avec des paroxysmes qui vont de la rougeur à la gangrène en passant par l'œdème et les hémorragies, ne se localisant pas uniquement au tégument externe, les hémorragies gastriques et pulmonaires étant encore assez fréquentes. L'auteur s'occupe ensuite des troubles trophiques des annexes de la peau et des tissus profonds et enfin de la fièvre hystérique qui doit être assimilée à un paroxysme ordinaire, à sa forme prolongée ou état du mal.

Le second volume de la seconde partie du *Traité de l'hystérie* est consacré aux paralysies et contractures hystériques, aux manifestations viscérales de l'hystérie et au traitement. Dans le chapitre traitant des paralysies et contractures des muscles de la tête et du tronc, on trouve une intéressante discussion sur l'existence longtemps contestée de la paralysie faciale hystérique qui définitivement doit être admise et qu'on peut considérer comme une paralysie faciale systématique depuis le mémoire de M. Babinski sur ce sujet. Le pseudo-tabes hystérique, les associations hystéro-tabétiques, la tétanie hystérique, l'astasie-abasie, toutes questions d'un intérêt si considérable, sont traitées avec détail, et à propos de la tétanie hys-

térique l'auteur conclut que : « 1° l'hystérie revendique une grande partie des contractures dites essentielles des extrémités ou tétanie dans leurs formes les plus graves; 2° que la tétanie hystérique peut sévir de façon épidémique chez les enfants en particulier.

Les manifestations viscérales de l'hystérie, d'une importance si capitale et qui ont été la cause de tant d'erreurs de diagnostic d'interprétation et de traitement, tiennent une grande place dans ce volume. A propos des troubles gastriques nous signalerons les travaux de l'auteur et de M. Cathelinau sur les vomissements hystériques et les recherches de M. G. de la Tourette faites dans les hôpitaux de Paris et qui tendent à prouver que l'influence trophique de l'hystérie dans la production de l'ulcère rond semble indiscutable.

Un bon tiers du volume est consacré au traitement, et ces chapitres méritent une attention particulière. M. Gilles de la Tourette y a mis tout le fruit que le professeur Charcot avait patiemment recueilli à ce sujet dans sa longue pratique. Outre les renseignements si importants que l'on peut y trouver pour la guérison et le soulagement des malades atteints de cette affection tenace devant laquelle on est souvent désarmé, on y trouvera encore la destruction d'idées fausses engendrées par l'amour du surnaturel, et la mise en garde contre certaines pratiques d'un danger trop fréquemment méconnu. Ces pages sont utiles à la science et à l'humanité.

Dr J.-B. Charcot.

ASILES D'ALIÉNÉS.

I. Rapport sur l'asile de Lindenhof; par le Dr Pierson. (*Bericht über die Privat-Heilanstalt für Gemüths und Nervenkranke, Lindenhof beï Coswig*, Dresde, 1893.)

Les statistiques des établissements d'aliénés privés peuvent fournir des résultats d'autant plus utiles qu'elles présentent des garanties d'exactitude, de précision, qu'il est difficile, pour ne pas dire impossible, de réaliser dans les asiles publics [1]. Le nombre des malades admis en sept ans dans l'établissement de Lindenhof a été de 445, celui des pensionnaires traités a atteint 496; le chiffre des guérisons s'est élevé à 85, celui des améliorations à 74, celui des morts à 83.

[1] Au moins dans certains cas où l'on ne fait aucun *compte rendu annuel*, comme cela devrait être la règle. (B.)

La plupart des sujets signalés comme guéris ont pu être suivis pendant un temps assez prolongé. Un certain nombre des malades sortis « améliorés » ont guéri après leur sortie de l'établissement. Le nombre des paralytiques a été de 126 (119 hommes et 7 femmes), c'est-à-dire du quart des entrées. Les sujets atteints de psychoses simples ont été au nombre de 342 (175 hommes, 154 femmes). La plus grande partie des hommes rangés dans cette catégorie étaient atteints de délires systématisés chroniques ou de confusion hallucinatoire; les cas de folie intermittente ont été assez nombreux. Rarement la mélancolie a été observée dans le sexe masculin; quant à la manie, M. Pierson la considère comme une forme exceptionnelle. Chez la femme, c'est la mélancolie qui a été la psychose la plus fréquemment relevée; puis viennent la confusion hallucinatoire, les délires systématisés chroniques; enfin les folies intermittentes.

L'hérédité a été notée dans 50 p. 100 des cas pris en bloc. Pour les paralytiques la prédisposition héréditaire a été relevée dans 17 cas p. 100. M. Pierson a utilisé les matériaux cliniques de son établissement pour apporter sa contribution à l'étude des rapports entre la syphilis et la paralysie générale. L'auteur fait observer avec raison que les recherches de cette nature ne peuvent nulle part être entreprises dans des conditions d'exactitude aussi favorables que dans les établissements privés. Il insiste sur les difficultés qu'offre une enquête de ce genre et fait ressortir que les résultats négatifs en sont par cela même infirmés. Souvent chez des paralytiques généraux considérés comme absolument indemnes de syphilis, M. Pierson a pu se convaincre de la réalité d'une infection syphilitique antérieure, grâce aux renseignements fournis par le médecin traitant, par des camarades d'étude du malade, renseignements obtenus parfois seulement après la mort du patient. Il est évident que dans les grands services des asiles publics, les difficultés sont encore bien plus considérables. Le nombre des paralytiques chez lesquels une enquête patiemment poursuivie a démontré à M. Pierson l'existence de la syphilis est suffisant, lui paraît l'autoriser à ranger cette infection au premier rang des facteurs de la paralysie générale. Voici d'ailleurs un tableau assez démonstratif :

TOTAL DES CAS DE PARALYSIE GÉNÉRALE 126

	119 hommes.	7 femmes.
Syphilis certaine .	72 = 60 1/2 p. 100.	3 = 43 p. 100.
— probable .	16 = 13 —	2 = 28,5 —
Total. .	88 73 —	

En faveur du rôle de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale, M. Pierson note les faits suivants : fréquence plus grande

de l'encéphalite interstitielle chez l'homme que chez la femme, rareté de la maladie chez les femmes des classes riches (4 ou 5 p. 100, au lieu de 10 à 15 dans les classes pauvres), cas de paralysie générale conjugale. Parmi les autres facteurs de la maladie, M. Pierson range l'hérédité, les traumatismes anciens, les excès alcooliques, les chagrins, mais il considère ces différentes causes comme n'ayant qu'une action prédisposante à côté de la syphilis. Quant au surmenage intellectuel son rôle serait plus important. Le traitement spécifique n'a jamais donné de résultats satisfaisants, parfois il a même amené une aggravation de la maladie.

Paul Sérieux.

II. Origine et progrès de la médecine mentale; par le Dr Régis. (*The Alienist and Neurologist*. Octobre 1894.)

Historique intéressant des progrès accomplis par la médecine mentale depuis Hippocrate, son fondateur, jusqu'à la réforme mémorable de Pinel. E. B.

III. Laboratoire de l'hôpital Mac Lean a Somerville (Massachusets); par le Dr Stanley Hall. (*Amer. jour. of insanity*. Janv. 1795.)

Il n'est pas sans intérêt de signaler l'inauguration dans un asile d'aliénés d'un laboratoire médico-psychologique.

Ce laboratoire a été installé de façon à combiner les études de neurologie et de psysiologique avec les études de chimie et d'anatomie pathologique.

A ce laboratoire est attaché le personnel médical de l'asile qui comprend cinq médecins et trois internes en médecine. La distribution de ce laboratoire paraît des mieux comprises : il contient en effet : 1° une chambre pour l'examen des malades, 2° un laboratoire de chimie avec les étuves à température constante, 3° une chambre pour les appareils de psychologie pathologique, 4° un laboratoire de photographie en même temps que d'études microscopiques ; 5° une chambre obscure pour les travaux photographiques ; 6° une chambre pour recevoir les visiteurs. Enfin, dépendant du laboratoire mais situées au rez-de-chaussée, la chambre des morts et la salle d'autopsie [1]. E. B.

IV. Sur le prétendu accroissement des cas de folie; par D. Hack Tuke. (*The Journal of Mental Science*. Avril 1894.)

L'auteur a fait sur ce point une enquête très soigneuse et très documentée, et il est arrivé aux conclusions suivantes : Il est incon-

[1] Voir les articles de M. Baudouin, *Archives de Neurologie*, t. XXVIII, p. 11 et 380.

testable que, depuis 1890, on constate une augmentation considérable du nombre des aliénés dans les asiles et dans les « Workhouses », mais surtout dans les asiles. Il y a un accroissement considérable aussi, mais pas aussi grand dans le nombre des malades admis dans les asiles pendant la même période, déduction faite des transferts et des réadmissions.

L'augmentation du nombre des malades internés, bien qu'elle demeure réelle alors même que l'on tient compte de l'accroissement de la population, ne prouve pas que le nombre des cas de folie tende d'une manière générale à s'élever, car il y a lieu de faire entrer en ligne de compte la diminution (même depuis 1870) du taux de la mortalité, le caractère chronique de la maladie, et la fâcheuse fréquence des rechutes.

L'augmentation du nombre des admissions dans les asiles ne prouve pas non plus que la folie soit devenue plus fréquente, car il faut tenir compte : 1° de la façon dont les familles apprécient mieux de jour en jour la valeur et le confort du traitement des aliénés dans les asiles; 2° du grand nombre des malades qui sont passés des « workhouses » dans les asiles; 3° enfin de la diminution du nombre des aliénés non déclarés et que révèlent les recensements.

L'augmentation du nombre des aliénés a porté surtout sur les classes les plus pauvres de la société. L'augmentation de la proportion des aliénés durant la période de vingt années qui va de 1871 à 1891, a porté sur des sujets âgés de plus de quarante-cinq ans, ce qui indique clairement qu'il s'agit d'une accumulation de cas chroniques. D'autre part, il y a eu pour la même période une diminution dans la proportion qui existe entre les cas de faiblesse mentale chez les sujets au-dessous de vingt-cinq ans et le chiffre total de la population au même âge : c'est là un fait très important.

Si considérable qu'ait été l'accroissement du nombre des aliénés tel qu'il résulte des recensements de 1871, 1881 et 1891, la proportion de cet accroissement a été en diminuant, car si, pendant la période décennale 1871-1881 l'accroissement de la proportion par rapport au chiffre de la population a été de 7,04 p. 100, il n'a atteint que 3,23 p. 100 pendant la période décennale 1881-1891. Si ces conclusions sont, en somme, rassurantes, elles ne sont pourtant pas de celles dont on peut légitimement tirer vanité, car on aurait pu espérer mieux du progrès social aussi bien que du progrès de nos connaissances médicales. R. DE MUSGRAVE CLAY.

V. LA FOLIE AUGMENTE-T-ELLE EN AMÉRIQUE (Etats-Unis); par F.-B. SANBORN. (*The Journal of Mental Science.* Avril 1894.)

En s'appuyant sur des statistiques bien faites, et sur des interprétations qui paraissent légitimes, l'auteur conclut dans le sens de l'affirmative. R. M. C.

VARIA.

Folie mystique.

Il existe actuellement à Echternach, dans le grand-duché de Luxembourg, une procession d'un genre particulier dont l'origine remonte au xive siècle et qui constitue un des numéros les plus extraordinaires des fêtes de la Pentecôte : c'est la procession dansante des « Saints-Sautants », qui s'exécute aux sons d'un hautbois, de musettes, de violons et d'autres instruments de diverses espèces. Cette danse consiste à faire trois sauts en avant et un en arrière, ou cinq en avant et deux à reculons.

Dans des conditions pareilles, on n'avance pas vite, et la montée seule des 60 marches qui conduisent au parvis de l'église de Saint-Willibrord, prend déjà un temps considérable. Une fois arrivé, le cortège toujours bondissant, fait le tour de l'autel et se disloque près de la croix du cimetière.

Les personnes pieuses qui se livrent à cette gymnastique bizarre généralement plus ou moins épileptiques ou hystériques, viennent demander leur propre guérison, à moins que ce ne soit celle de leurs parents, de leurs amis ou même de leurs bestiaux. Les gens trop malades peuvent payer un remplaçant qui saute à leur intention ; un seul homme a le droit de remplacer plusieurs malades à la fois et parvient ainsi à se faire des bénéfices assez sérieux. (*Petit Var* du 8 juin.)

Assistance des épileptiques.

Vendredi dernier, vers deux heures de l'après-midi, des voisins de la nommée Pauline Lerendu, tricoteuse à Belval, village de l'Hôtel-aux-Moines, aperçurent cette fille tombée dans sa maison. Ils s'empressèrent auprès d'elle, mais tout secours fut inutile. Elle était épileptique et tombait fréquemment, même plusieurs fois par jour ; sa mort est certainement due à une chute qu'elle a faite ce jour-là. (*Union Normande*.)

— A la suite d'attaques d'épilepsie, auxquelles il était sujet depuis quelque temps, un nommé Isidore Frère, âgé de soixante-neuf ans, demeurant à Bailleul-Neuville, près Londinières, s'est pendu à une échelle à l'aide d'une longe. Quand on est arrivé, cet infortuné vieillard avait cessé de vivre. (*Union Normande*, 19 avril.)

— On écrit de Courtenay, 21 mai, au *Républicain Orléanais* que « la femme Merlin, âgée de vingt-deux ans, manouvrière à Saint-Hilaire-les-Andrésis, sujette à des attaques d'épilepsie, a été trouvée noyée dans un lavoir situé sur un petit ruisseau, dans un pré, au climat dit La Grosse-Planche ».

Ces nouveaux faits montrent la nécessité d'hospitaliser les *épileptiques*. Il y a là une question d'humanité devant laquelle toute considération financière devrait s'incliner.

Assistance des aliénés.

Mortain. — A la suite du terrible drame dont nous avons publié les détails dans notre dernier numéro, la femme Lejemble avait été conduite à l'hospice de Mortain en attendant son transfert dans un asile d'aliénés. Vendredi matin on l'a trouvée pendue dans sa cellule. Le médecin de l'hospice n'a pu que constater le décès. (*Union Normande*, 19 avril.)

Ce suicide s'est produit dans un hospice confié à des religieuses. S'il était survenu dans un établissement confié à des laïques, toute la presse réactionnaire aurait, avec sa bonne foi habituelle, incriminé la laïcisation. En tout cas, étant connues les conditions déplorables dans lesquelles sont en général installés dans les hospices les cabanons, ou plutôt les cachots dans lesquels on place les aliénés, c'est-à-dire loin de toute surveillance — et il est probable que l'hospice de Mortain n'est pas mieux doté que les autres — il n'y a rien d'étonnant à ce qu'il survienne de graves accidents comme celui que nous venons de relater. Nous avons insisté bien des fois sur cette déplorable situation. M. Napias, M. H. Monod ont corroboré et complété tout ce que nous avons dit. C'est au ministre de l'intérieur qu'il appartient de donner des instructions formelles pour remédier à une situation vraiment barbare. B.

Asile de Clermont (Oise).

Un fou assommé. Brutalités d'infirmiers. La mort d'un prisonnier. — Le *Radical* du 7 juin a publié le fait ci-après :

Un fait d'une gravité exceptionnelle s'est passé à l'asile d'aliénés de Clermont, dans le département de l'Oise. Un malade, pensionnaire de cinquième classe, nommé Jean Maître, est mort dans des circonstances telles que le médecin chargé de l'autopsie a refusé le permis d'inhumer et averti le parquet.

Voici le résumé de cette affaire. Le défunt, depuis quelque temps s'était montré plus agité que de coutume, et le médecin de service avait jugé nécessaire de lui administrer une potion de bromure de potassium. Comme l'aliéné refusait de boire, les infirmiers le frappèrent, paraît-il, avec la dernière brutalité, et le malheureux ne tardait pas de rendre le dernier soupir. On rapporte qu'il a eu plusieurs côtes brisées, des lésions abdominales et qu'il portait des ecchymoses sur tout le corps. Une enquête est ouverte et si la responsabilité des infirmiers est établie, nous pensons que la justice saura punir avec la rigueur qui convient de pareilles atrocités.

Une campagne contre l'alcoolisme.

Le ministre de l'instruction publique vient d'autoriser le Dr Roubinovitch, chef de clinique à Sainte-Anne, à faire des conférences sur l'alcoolisme dans les écoles primaires supérieures de Paris et à l'École normale des instituteurs de la Seine.

C'est là un fait intéressant, point de départ, selon toute apparence, d'une véritable campagne pédagogique contre l'alcool. Voici du moins ce que rêve M. Roubinovitch : tous les instituteurs de France seraient chargés, chacun dans sa sphère d'action, de mener la bataille, contre ce pire agent de la dégénérescence humaine, car non seulement ils auraient à profiter de toutes les occasions pour signaler aux enfants les dangers de l'alcoolisme, mais ils fonderaient autour d'eux des sociétés enfantines de tempérance et les dirigeraient.

Tel est le plan soumis d'ailleurs au ministre et dont l'examen a eu ce premier résultat de faire autoriser les conférences qui vont avoir lieu. (*Le Figaro.*)

Les possédés de P. Brouzet; par MM. Paul Richer et Henri Meige. (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*. 1894, nº 4.)

Très souvent les artistes ont représenté des possédés, mais les uns ont copié la nature, les autres, répugnant d'instinct à reproduire des gestes désordonnés et des faces grimaçantes, ont fait des peintures conventionnelles, tel Raphaël. Rubens, en revanche, a figuré des possédés, véritables reproduction de la nature, où l'on retrouve les vrais caractères de l'hystérie. Pierre Brouzet, artiste marseillais, un peu mystique, et mort il y a quelques années, appartient sous ce rapport, à l'école de Raphaël. Aussi dans un tableau de lui, que l'on voit à Marseille, et qui représente Jésus guérissant un possédé, le possédé n'a absolument rien de l'hystérique. Il a les jambes tendues et non roidies, le poing fermé naturellement, la langue rentrée, le pied reposant mollement sur un rocher, etc... En somme, l'article de MM. Richer et Meige est un

article de critique d'art avec des considérations spéciales d'ordre médical, qui le rendent particulièrement intéressant. A noter les figures qui l'accompagnent. C.

Drame de la folie.

Depuis quelque temps, M. Maximilien Borche, ouvrier tailleur à façon, âgé de quarante-trois ans, donnait des signes non équivoques de dérangement cérébral.

Hier matin, un apprenti, Emile Bachan, se présentait chez lui vers dix heures, rue d'Odessa, lui apportant de l'ouvrage de la part de son patron, mais il recula effrayé en apercevant Borche debout au milieu de sa chambre, les yeux hagards, brandissant une paire d'énormes ciseaux et tenant des propos incohérents. L'apprenti fit part au concierge de ce qu'il venait de voir et celui-ci alla prévenir M. Chevalier, commissaire de police, qui ne tarda pas à arriver accompagné d'un médecin et d'un inspecteur.

A ce moment, l'ouvrier tailleur descendait l'escalier en poussant des cris inarticulés. Comme il arrivait au premier étage, deux petits garçons, les frères F..., âgés de six et huit ans, sortaient sur le carré en compagnie de leur tante, Mlle Bachelier, âgée de cinquante et un ans. Le fou se précipita aussitôt sur eux, armé de ses ciseaux. Un drame était inévitable, sans l'intervention de Mlle Bachelier qui se jeta sur l'aliéné. La pauvre femme fut terrassée et piétinée par le fou qui cherchait toujours à atteindre les deux enfants, paralysés par la frayeur. Enfin, le concierge et l'inspecteur de police s'emparèrent de Maximilien Borche, et, après une lutte violente, le ligotèrent. Mlle Bachelier, qui avait perdu connaissance et qui a reçu de graves contusions, a dû s'aliter. (*Paris*, 8 fév.)

Congrès français de médecine.

Le Congrès français de Médecine doit tenir à Bordeaux sa seconde session sous la présidence du D^r Ch. Bouchard, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de Médecine de Paris. Elle s'ouvrira le 8 août 1895, pendant la période de l'Exposition, deux jours avant la clôture du Congrès annuel de l'Association française pour l'avancement des sciences. Des trois questions, mises à l'ordre du jour par le Congrès de Lyon, et qui feront l'objet de rapport préalables, nous citerons les suivantes :

1° Des myélites infectieuses. — *Rapporteurs :* M. le Dr Grasset, professeur à la Faculté de Montpellier; M. le Dr Vaillard, professeur au Val-de-Grâce.

2° Des antithermiques analgésiques. — *Rapporteurs :* M. le Dr Schmitt, professeur à la Faculté de Nancy; M. le Dr Laborde membre de l'Académie de médecine.

Les communications personnelles des membres du Congrès devront être inscrites avant le 14 juillet prochain, au secrétariat général (Dr X. Arnozan, 27 *bis*, pavé des Chartrons, Bordeaux). Les adhésions peuvent être envoyées soit chez le secrétaire général, soit chez le trésorier (Dr Moure, 25 *bis*, cours du Jardin-Public, Bordeaux). La cotisation de membre titulaire est fixée à 20 francs. Les étudiants en médecine peuvent être admis comme membres associés, moyennant une cotisation de 10 francs.

FAITS DIVERS.

Académie de médecine. — Nous annonçons avec plaisir la nomination à l'Académie de médecine de notre excellent ami M. le Dr P. Regnard, professeur de physiologie à l'Institut agronomique, avec lequel nous avons publié l'*Iconographie photographique* de la Salpêtrière (1876-1880), auteur d'un beau livre intitulé *Les maladies épidémiques de l'esprit.*

Asiles d'aliénés. — *Nominations :* M. le Dr Bresson est nommé médecin-directeur de l'asile de Marseille. — M. le Dr Legrain, médecin en chef de Ville-Evrard, est promu à la deuxième classe (14 mai 1895).

Asile d'aliénés de Vaucluse : *Epuration des eaux vannes et irrigation des prairies.* — Par délibération, en date du 27 mai, le Conseil général de la Seine a voté un crédit de 20,194 francs, pour le projet d'épuration des eaux vannes de l'asile et de la colonie de Vaucluse par l'irrigation des prairies.

Asile d'aliénés de France. *Hérault.* — Le Conseil général de l'Hérault a tenu une session extraordinaire pour prendre une décision définitive sur la question de création d'un asile départemental des aliénés, pendante depuis plusieurs années. Le Conseil a voté un emprunt de deux millions pour l'achat des terrains et les premiers travaux, a décidé qu'un concours serait ouvert auquel prendraient part tous les architectes français pour l'établissement des plans et devis, et invité le Conseil municipal de Montpellier, au cas où l'asile serait englobé dans le périmètre d'octroi, à examiner les droits d'entrée.

L'Alcoolisme devant le Palais-Bourbon. — Les honneurs de la discussion de la Chambre des Députés, à propos de l'alcoolisme, ont été pour M. le professeur Lannelongue qui, laissant de côté le problème fiscal et se plaçant au point de vue de la science hygiénique, a fait le procès de l'alcoolisme, péril sans cesse grandissant qui menace l'espèce humaine dans le présent et dans l'avenir, qui atteint la race et sa descendance.

Ve Congrès international contre l'abus des boissons alcooliques. — Dans sa séance du 18 août 1893, le quatrième Congrès international contre l'Abus des Boissons alcooliques, à la Haye, sur la proposition de M. Berner, accepta l'invitation de la Société d'Abstinence à Bâle, de recevoir le cinquième Congrès dans cette ville. Le comité permanent des Congrès fait savoir, qu'une commission d'organisation du cinquième Congrès s'est formée parmi les principaux adversaires de l'alcoolisme en Suisse et qu'elle se propose de réunir ce Congrès à Bâle le 20 août 1895 et les deux jours suivants. Cette commission désire classer les discussions du Congrès sous deux rubriques : 1° *l'alcoolisme sous les rapports moral, hygiénique, social et médical;* 2° *les moyens préventifs, persuasifs et coercitifs, mis en usage pour combattre l'alcoolisme.* On compte présenter au Congrès un projet de règlement sur une organisation permanente des Congrès internationaux contre l'alcoolisme.

Congrès des aliénistes et neurologistes : *session de Bordeaux.* — Nous rappelons à nos lecteurs que ce Congrès s'ouvrira à Bordeaux le jeudi 1er août, sous la présidence de M. le professeur Joffroy. — Adresser, dès maintenant, les inscriptions (20 fr.) et toutes les communications à M. le Dr E. Régis, 54, rue Huguerie, à Bordeaux, secrétaire général du Congrès.

L'Homme-paratonnerre. — Le temps orageux que nous subissons, en ce moment, influence certains cerveaux! — Témoin un nommé Ernest Clébaut, âgé de quarante-cinq ans, haleur de bateaux, demeurant 118, faubourg du Temple, qui gesticulait hier, boulevard Richard-Lenoir, et s'efforçait de démontrer à cinq ou six cents personnes amassées qu'il était l'homme-paratonnerre et que tous ceux qui craignaient la foudre devaient se réfugier autour de lui! Il accompagnait ses paroles de gestes et prouvait, à ses auditeurs, qu'il était armé de fluide et en distribuait à qui voulait...

Des gardiens de la paix, n'ayant pas voulu se laisser électriser, ont conduit le pauvre fou au commissariat de police, d'où on l'a envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Un mauvais petit-fils. Imbécillité morale. — Le jeune Timpagnon Louis, âgé de seize ans, peintre à Troyes, sans travail, a été

recueilli par sa grand'mère, une bonne vieille rentière de quatre-vingt-trois ans, à qui il fait endurer tant de misères que les voisins ont fini par avertir le commissaire de police. Dernièrement, l'inculpé se trouvait dans son lit lorsque sa grand'mère lui apporta un bol de bouillon qu'il ne voulut point d'abord accepter, qu'il réclama ensuite, qu'il repoussa encore. Finalement, il se leva, se saisit d'un bâton déposé dans un coin et frappa brutalement la pauvre vieille grand'mère sur le dos et sur les bras.

A l'audience, la veuve Timpagnon cherche à atténuer les faits : « Je l'ai eu tout petit, dit-elle, je l'ai recueilli et je l'ai soigné, — il est malade. » Il n'en a pas l'air, dit M. le président, pas assez malade, en tout cas, puisqu'il vous injurie, vous brutalise et vous frappe journellement, surtout quand vous lui refusez de l'argent. Le prévenu allègue pour sa défense qu'il a frappé sa grand'mère dans un accès de fièvre. Un mois de prison. (Le *Petit Troyen.*)

L'hystérie. — Une jeune fille, âgée de dix-huit ans, Julia Martin, ouvrière brocheuse, avait depuis quelque temps des accès de colère et de nervosité dans lesquels les médecins diagnostiquaient des symptômes d'hystérie. Au cours de ces crises, il lui arrivait de frapper ses grands-parents, chez lesquels elle habitait, 98, rue Lecourbe.

Hier matin, plus agitée que de coutume, elle s'arma d'une cruche en grès et en porta des coups si violents à sa grand'mère que la vieille femme expira dans la soirée. Son corps a été transporté à la Morgue aux fins d'autopsie. Quant à Julia Martin, son état mental va être soumis à l'examen de médecins aliénistes. (*Le Journal*, 19 juin.) — On aurait mieux fait de la soigner auparavant.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Asile public d'aliénés de Quatre-Mares (*Rapport médical pour l'année* 1894). — Brochure in-4 de 25 pages, avec nombreux tableaux. — Rouen, 1895. — Imprimerie Cagniard.

Asile public d'aliénés de Saint-Yon (*Rapport médical pour l'année* 1894). — Brochure in-4 de 34 pages. — Rouen, 1895. — Imprimerie Cagniard.

Bullard (W.-N.), Bradford (P.-R.). — *Cerebellar tumor. Operation Hæmorrhagi from defect of occipital Bone; Death, general Remarks.* — Brochure in-18 de 20 pages. — Boston, 1894. — Danviell and Upham.

Bullard (W.-N.). — *Consideration of some of the indications for operation in head injuries.* — Brochure in-18 de 9 pages. — Boston, 1895. — Danviell and Upham.

POEHL (A.). — *Die Immunitäts und Immunisations theoricen vom biologisch chemischen Standpunkt bitrachtet.* — Brochure in-8° de 12 pages. — Leipzig, 1895. — Verlag von G. Thierne.

POEHL (A.). — *Einwirkung des Spermins auf den stoffumsatz bei Autointoxicationen im Allgemeinen und bei harnsaurer Diathese im Speciellen.* — Brochure in-8° de 40 pages. — Berlin, 1894. — Gedrukt bei L. Schumacher.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cessera à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **20 juillet**. *Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations, la bande de leur journal.

Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Etranger.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 795.

Vol. XXX. Août 1895. N° 102

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

MÉDECINE LÉGALE.

INFANTICIDE ET HYSTÉRIE;

Par le Dr A. CULLERRE,
Directeur-médecin de l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon.

L'appréciation de l'état mental des femmes qui commettent un crime au moment de l'accouchement est un des plus délicats problèmes qui puissent être posés au médecin légiste. Certains infanticides sont commis dans des circonstances bizarres où dominent une imprévoyance déconcertante et une dépravation morale monstrueuse. Quand l'expert en examine les auteurs, il se trouve parfois en présence de sujets lucides, d'apparence normale et présentant tout au plus quelques signes vagues d'un état mental peu caractérisé. En pareille occurrence certains aliénistes, et non des moindres, Esquirol et Marcé, entre autres, n'en ont pas moins été portés à admettre l'irresponsabilité, plutôt par une sorte d'intuition de clinicien que par des raisons péremptoires tirées de l'examen direct.

Tardieu, qui en sa qualité d'expert professionnel près les juridictions de Paris, avait acquis une grande expérience des cas médico-judiciaires, le prend d'un peu haut avec ces spécialistes : « Il n'est pas, dit-il, à ma connaissance un seul cas probant et authentique, qui démontre que sous l'influence des douleurs de l'enfantement une femme ait été saisie d'une fureur homicide transitoire, non plus que d'une impulsion

instinctive qui l'ait conduite, sans qu'elle en ait conscience, à tuer son enfant[1]. »

Il faut convenir que la question est assez mal posée. Qu'est-ce que cette fureur homicide transitoire et où la classer dans le cadre des maladies mentales? Nous ne connaissons aucun aliéniste ancien qui se soit rendu coupable d'un diagnostic aussi fantaisiste. Et de ce que Tardieu n'a jamais vu une nouvelle accouchée poussée par une impulsion instinctive, consciente ou non, à tuer son enfant, il n'en résulte pas que le cas ne se soit jamais présenté ni surtout qu'il ne puisse se présenter jamais. Serait-il à ce point étonnant et impossible qu'une héréditaire poursuivie pendant sa grossesse par l'obsession du meurtre de son enfant en vînt précisément à succomber à l'impulsion obsédante dans ce moment de désorientation mentale, de véritable affolement, qui accompagne chez certaines femmes l'acte de la parturition; ou encore qu'une épileptique ou une hystérique, dans un accès de délire, accomplît le même crime sur son enfant nouveau-né? Mais Tardieu ne connaissait pas les troubles mentaux de l'hystérie. Le terme de folie hystérique était pour lui, comme pour tous les médecins de son temps, synonyme de folie raisonnante ou de folie morale.

Poursuivons : « Les seuls faits que donnent en exemples les écrivains aliénistes à qui il a manqué pour les bien juger l'expérience que donne seule la pratique de la médecine légale et des débats criminels en matière d'infanticide, ces faits sont relatifs au meurtre d'enfants nouveau-nés tués dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire peu de temps après la naissance, par des femmes pour lesquelles on invoque l'excuse banale de la folie. Je prends les cas eux-mêmes que cite Marcé et sur lesquels il s'appuie pour soutenir la doctrine erronée que je combats surtout à cause des conséquences funestes qu'elle pourrait avoir dans les expertises médico-légales.

« Esquirol rapporte le fait suivant : Une fille accouche pendant la nuit, et le lendemain le corps de l'enfant est trouvé dans les latrines mutilé de coups de ciseaux. Cette fille avoue son crime et n'en témoigne aucun regret. Quelques jours après, elle confirme ses aveux et refuse de manger. N'avait-elle pas eu un accès de délire? se demande le savant aliéniste.

[1] Tardieu. — *Étude médico-légale sur la folie.* Paris, 1872.

On avouera qu'il faudrait d'autres preuves pour le faire croire. »

Soit. Les raisons d'Esquirol ne suffisent pas à justifier son diagnostic pourtant très vraisemblable. Mais est-ce là un meurtre d'enfant nouveau-né tué dans les *conditions ordinaires* comme le prétend Tardieu? et le fait d'avoir déchiqueté le corps à coups de ciseaux ne mérite-t-il aucune importance? On a vu des femmes découper leur fœtus en morceaux, d'autres le saler ou le faire cuire. Ce ne sont pas là vraiment des circonstances banales et dont l'expert aliéniste ne doive tenir aucun compte, et nous penserons toujours, avec Legrand du Saulle[1], qu'en pareil cas, on est en droit de soupçonner l'état mental.

En admettant avec l'auteur que nous venons de citer que cet état d'excitation nerveuse quasi délirante qui s'empare de certaines femmes pendant le travail ne soit pas de la folie et ne puisse excuser *de plano* le crime commis à ce moment même, il est du devoir de l'expert de remonter à la cause de cette excitation nerveuse et cette recherche pourra l'amener à d'intéressantes découvertes. Il pourra rencontrer l'hérédité psychopathique accumulée et la dégénérescence mentale, véritable origine de cette bouffée délirante de la femme qui accouche et il pourra poser, en dépit de Tardieu, un diagnostic de folie transitoire solidement établi. Qu'on interroge les familles de certaines femmes devenues tardivement aliénées, et l'on apprendra qu'à plusieurs, sinon à chacune de leurs couches, elles ont déliré bruyamment pendant quelques heures ou quelques jours, et d'un délire parfaitement distinct de la folie puerpérale infectieuse.

Il pourra dépister encore une hystérie jusqu'alors méconnue, soit qu'elle ne se soit jamais révélée par le cortège bruyant des phénomènes convulsifs, soit qu'elle ait échappé aux investigations de praticiens insuffisamment préparés à sa recherche. Et l'hystérie, nul ne l'ignore aujourd'hui, est une véritable maladie mentale qui, en dehors de toute complication délirante, rétrécit l'activité intellectuelle et le champ de la conscience, déchaîne les instincts et oblitère la sensibilité morale.

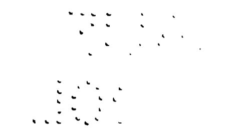
Nous avons été chargés récemment, le Dr Blé, de la Roche-sur-Yon, et moi, d'examiner une fille qui, accouchée clandestinement, avait fait disparaître son enfant. Elle avait été

[1] Legrand du Saulle. — *Traité de médecine légale*. Paris, 1886.

dénoncée par la rumeur publique. L'attitude bizarre de cette fille pendant l'instruction éveilla l'attention du juge expérimenté chargé de l'interroger. C'est alors qu'il nous commit pour procéder à l'examen de son état mental et dire si elle devait être considérée comme responsable. Le résultat de nos recherches a été consigné dans un rapport dont nous allons donner la partie clinique et les conclusions. Ce n'est pas, disons-le tout de suite, un cas susceptible de confirmer l'une des hypothèses que nous venons d'émettre ; il ne s'agit pas d'un infanticide commis soit sous l'influence d'une impulsion irrésistible, soit dans un excès de délire transitoire de nature hystérique. Cette observation tend toutefois à démontrer que la grande névrose n'est pas sans pouvoir jouer un rôle dans l'exécution d'un crime de cette espèce.

Marie C... est une grande et forte fille de vingt-cinq ans, qui présente toutes les apparences d'une robuste santé et chez laquelle on ne relève aucune tare physique congénitale. Comme antécédents de famille on relate que la mère est morte d'une maladie de cœur, que le père qui est sourd, passe pour chicanier, et d'une probité douteuse et qu'il a deux frères, l'un idiot et l'autre imbécile. Elle est sourde depuis quelques années, et elle prétend que sa surdité a sensiblement augmenté surtout à gauche, depuis un terrible accident qui lui est arrivé au mois de juillet dernier et qui a eu pour conséquence un traumatisme du crâne dont les traces sont encore visibles sous la forme d'une vaste cicatrice dont pour le moment nous ne ferons que signaler l'existence. Au moral, Marie C..., est unanimement considérée comme une fille d'une intelligence ordinaire, laborieuse, mais de mœurs peu recommandables. « Ma fille, dit lui-même le père, est une bonne travailleuse ; malheureusement sa conduite n'a jamais été bonne. » Elle travaillait comme un homme et en avait la liberté de propos et d'allures. Elle se plaisait aux conversations grossières et érotiques et bien qu'on n'ait relevé à son actif aucun acte d'immoralité publique, il est constant qu'elle a fait à un jeune homme des propositions obscènes. Comme conséquence de sa mauvaise conduite, elle a déjà eu un enfant il y a six ans. Elle a d'ailleurs élevé cet enfant d'une façon maternelle et dans les meilleures conditions, ainsi que le constate M. le Maire de sa commune.

Dans le courant de l'année 1894, les voisins et les membres de sa propre famille reconnurent chez Marie C... les signes d'une nouvelle grossesse. Cependant elle nia toujours et jusqu'au dernier moment qu'elle fût enceinte. Son père en présence de ses dénégations persistantes, avait voulu la faire examiner par un médecin, mais,



devant l'attitude de l'intéressée, ce praticien avait, comme de juste, refusé de se livrer à un examen qu'elle déclarait d'avance sans objet. Cependant au mois d'août, la sœur de Marie C... était allée trouver le maire et lui avait formellement fait part de la grossesse de cette dernière.

Vers le 15 novembre, une voisine, s'aperçut que l'embonpoint de Marie C... avait subitement disparu et qu'elle marchait péniblement les jambes écartées. Elle lui en fit la remarque, et lui fit entendre qu'elle la soupçonnait d'avoir accouché clandestinement, mais Marie C... protesta en termes énergiques, et levant sa robe, montra sa chemise ensanglantée, pour faire croire qu'elle avait ses règles. A partir de ce moment elle se garnit de façon à grossir sa taille : on a découvert plus tard chez elle un jupon sur le devant duquel elle avait, pour obtenir ce résultat, cousu un morceau de sac à phosphate.

Cependant le maire, avisé de ce qui se passe, avertit à son tour la justice. Mandée auprès du procureur de la République, Marie C... continue à nier d'une façon énergique : « Je n'ai pas accouché, dit-elle, et je suis désireuse d'être visitée par un médecin pour répondre aux calomnies dont j'ai été l'objet. » Le même jour, le médecin, expert, chargé de l'examiner, constate les signes indubitables d'un accouchement récent remontant à trois ou quatre semaines au plus.

Arrêtée aussitôt, elle avouait le lendemain le crime de suppression d'enfant dans les termes suivants : « Je reconnais que le 11 novembre j'ai mis au monde un enfant que je n'ai vu ni remuer, ni crier. Je l'ai cru mort. J'ai eu l'idée de le cacher dans ma paillasse, ne sachant où le mettre. Je ne croyais pas accoucher sitôt, car mes dernières règles sont du mois d'avril. J'étais au lit quand j'ai senti un malaise... ça n'a pas duré plus de dix minutes. L'enfant ne bougeant pas, je l'ai mis à côté de moi; j'avais d'ailleurs tout préparé pour le recevoir. Le voyant mort je l'ai enveloppé dans un tablier et l'ai mis sous mon traversin[1]. »

Et effectivement ce même jour les gendarmes avertis découvrent sous le traversin du lit de Marie C... un enfant mâle dans un état de décomposition avancé.

L'autopsie du fœtus montra que les aveux de l'inculpée étaient contraires à la réalité des faits, car d'après l'expert commis, l'enfant était à terme, viable, bien conformé; il avait respiré et était mort d'asphyxie par suffocation. La bouche, le nez et la figure portaient les traces d'une compression énergique. Malgré l'évidence, Marie C..., persiste à nier l'infanticide, et par d'autre

[1] Marie C .. couchait dans la même chambre que son père et son premier enfant. Le père qui, à la vérité est sourd, a déclaré n'avoir rien entendu et ne s'être aperçu de rien.

allégations fausses sur lesquelles il est inutile d'insister, cherche à se disculper de tout acte et de toute intention criminels.

Jusqu'ici tout paraît fort simple et ressemble à un infanticide vulgaire, mais quelques circonstances omises à dessein dans l'exposé qui précède et sur lesquelles il nous faut maintenant revenir, viennent compliquer les choses et faire naître des doutes sur la responsabilité morale de l'inculpée. En effet, le 13 décembre, le gardien chef de la prison signale que cette fille depuis son arrestation « paraît avoir des instants bizarres. Elle chante, elle rit par moments avec paroles peu sensées et se plaint constamment de sa tête, surtout le soir... Lors de son avant-dernière instruction, elle est revenue dans un grand état de surexcitation et toute bouleversée... Dans la nuit elle n'a cessé de chanter et de pleurer jusqu'à cinq heures du matin. » Cette agitation s'est renouvelée à diverses reprises, tout en changeant parfois de forme. Ainsi, un jour, on remarque chez elle des tendances érotiques très surexcitées; elle tient des propos obscènes à ses compagnes et se jette sur tous les hommes, même les détenus. Une autre fois elle menace subitement, sous un prétexte futile, de frapper ses compagnes à coups de couteau. Elle est tellement irritable qu'elle fait aussitôt du tapage si on ne donne immédiatement satisfaction à ses désirs. Ses nuits sont mauvaises. Elles a des cauchemars pendant lesquels elle se dresse sur son lit, gesticule, pousse des cris, et semble assister toujours à la même scène terrifiante : elle voit son fils, âgé de six ans, tomber dans une mare et s'écrie qu'il va se noyer; elle le gourmande, lui donne des ordres. Parfois, mais plus rarement elle rêve à ce qui s'est passé dans la journée et interpelle la gardienne ou ses codétenues. Une seule fois on a constaté chez elle un rêve ayant trait à son affaire; elle protestait de son innocence, disant qu'elle avait avorté, qu'elle n'avait pas tué son enfant.

Cette exaltation maladive du système nerveux avait déjà été remarquée dès le début de l'instruction par l'expert chargé de faire l'examen de ses organes génitaux. L'inculpée, dans son cabinet, s'était livrée à des actes étranges et désordonnés, frappant des coups sur les meubles, et tournant en tous sens autour de l'appartement tout en protestant de son innocence dans un langage exalté et excessif. Cette circonstance avait assez frappé son attention pour qu'il en fît part immédiatement au juge d'instruction dans une note qui se trouve au dossier.

Enfin, Marie C... se plaint énormément de la tête. Elle éprouve dans la partie droite du crâne des douleurs telles qu'elle ne peut se se coucher comme tout le monde, et qu'elle ne peut reposer que la tête très soulevée par des oreillers dans une position presque verticale. Elle dit entendre des roulements, des sifflements, des bruits qu'elle ne sait définir et dont elle n'arrive à rendre compte

qu'en disant que ça lui *chambarde* partout dans la tête, surtout du côté gauche.

Dans cette région du crâne, il existe en effet une vaste cicatrice commençant à l'angle externe de l'œil gauche, coupant obliquement la paupière et le sourcil pour gagner le milieu du front, où elle décrit un demi-cercle pour revenir en dehors et en haut se perdre dans la région pariétale gauche.

Toute la partie frontale de cette cicatrice est rouge, dentelée, adhérente à l'os et très douloureuse au toucher; au centre de la boucle qu'elle décrit sur le front se trouve encore une cicatrice isolée, ronde, déprimée, très adhérente à l'os et très douloureuse, des dimensions d'une pièce de vingt centimes. On dirait qu'en ce point la table externe de l'os frontal a été intéressée par la blessure.

Voici, d'après le récit de l'inculpée, confirmé d'ailleurs par la notoriété publique et le témoignage d'un médecin, dans quelles circonstances cette blessure a été produite. Le 7 juillet 1894, Marie C... conduisait une charrette attelée de deux vaches et contenant du fourrage. A un moment donné, l'inculpée tomba si malheureusement qu'une des roues lui laboura le crâne depuis l'œil gauche jusqu'au sommet de la tête; elle fut étourdie sur le coup, la peau détachée pendait et saignait abondamment; cependant se rappelant tout à coup que les vaches n'étaient plus dirigées, qu'une mare se trouvait au bord du chemin à quelques pas et que son enfant était sur la charrette, elle fut prise d'une grande frayeur à la pensée du danger qu'il courrait; elle poussa des cris de détresse et parvenant à se relever, arriva auprès de l'attelage juste au moment où des gens accourus à ses cris l'arrêtaient sur le bord de la mare. A ce moment elle perdit connaissance.

L'inculpée prétend que la guérison de sa plaie a demandé deux mois; que pendant une partie de ce temps, elle *troublait*, selon son expression, ne sachant plus ce qu'elle disait, ni ce qu'elle faisait, qu'elle cherchait constamment à sortir et qu'on avait toutes les peines du monde à la retenir.

Voici ce qu'a bien voulu nous apprendre à ce sujet, le médecin qui l'a soignée : les os ne lui parurent pas intéressés par la blessure; les lèvres de la plaie étaient nettes dans la partie du cuir chevelu, et au contraire déchiquetées dans la portion frontale qui n'a guéri qu'après suppuration. Le lendemain de l'accident et les jours suivants, il y eut du trismus et du délire. Ce délire, tantôt calme, tantôt violent et discontinu a pu durer une huitaine de jours, le trismus également et la plaie mit au moins un mois à guérir.

Ainsi il est constant qu'au mois de juillet dernier la fille Marie C... a subi un traumatisme du crâne qui sans avoir causé de lésions internes a déterminé de graves accidents nerveux. La nature de ces

accidents ainsi que de l'exaltation cérébrale constatée chez elle depuis sa détention ont un caractère assez particulier pour que nous ayons cru devoir procéder à un examen direct très méticuleux et très complet de l'inculpée, tant au point de vue physique que mental. Et d'abord Marie C..., bien que vivement émue et s'exprimant au mileu des sanglots, répond d'une façon lucide et correcte à toutes nos questions, ce qui exclut toute idée de délire actuel. Elle fait preuve de présence d'esprit et de suite dans les idées en ne variant pas dans ses dires, qui cependant, nous l'avons vu, ne sont pas conformes à la vérité. Nous croyons pouvoir affirmer qu'elle a conscience de la gravité de l'acte qu'elle a commis ainsi que de ses conséquences judiciaires.

Passons à l'*examen physique*. Nous avons commencé par chercher à nous rendre compte de la surdité de l'inculpée.

L'examen otologique nous a révélé que cette surdité était due à une double sclérose du tympan. Il est possible que peu accentuée avant l'accident, elle se soit accrue depuis par la superposition d'un trouble d'autre nature, car, en effet, l'inculpée accuse une aggravation de son infirmité surtout du côté gauche et nous allons voir qu'elle est hystérique avec hémianesthésie accentuée surtout à gauche.

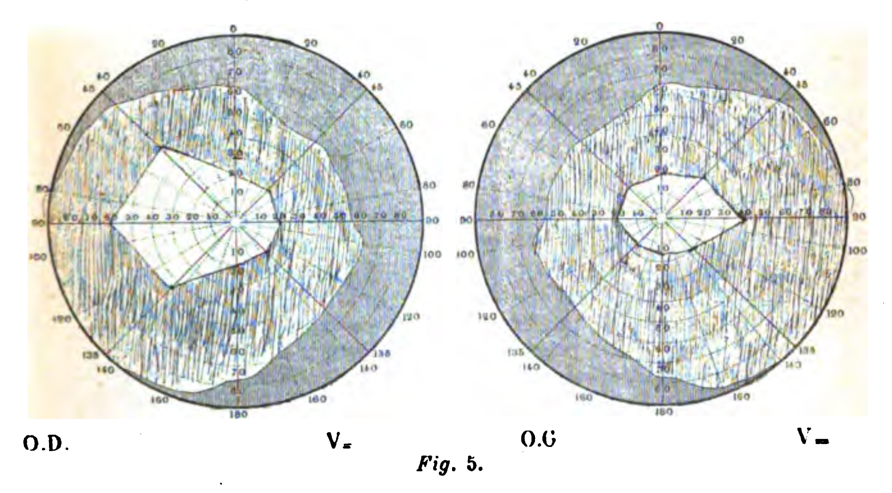
Le pharynx et l'arrière-gorge sont absolument insensibles à tous les excitants. La peau presque insensible à droite, est complètement anesthésique dans tout le côté gauche du corps, de telle sorte qu'on peut traverser ou piquer profondément les tissus avec une longue épingle non seulement sans provoquer de la douleur, mais même sans écoulement de sang. De ce même côté le froid n'est plus senti et le chaud à peine distingué. La peau de la face et des conjonctives est tout à fait insensible et le chatouillement ne provoque aucun réflexe. Au dynamomètre la main droite ne donne qu'une pression de 25°, et la main gauche de 13° seulement, ce qui indique non seulement une faiblesse parétique du côté gauche, mais encore affaiblissement en masse de la puissance musculaire.

L'examen des sens n'est pas moins significatif; le goût est très obtus, et parmi les saveurs accentuées, seul le sel marin est reconnu. L'atroce amertume du sulfate de quinine n'est pas perçue. Le champ visuel, pris avec soin, est diminué de moitié à droite et des trois quarts à gauche. Bien que l'ophtalmoscope ne révèle aucune lésion du fond de chacun des yeux, l'œil gauche est presque amblyopique (*fig.* 5).

Le sens des couleurs est aussi altéré; à droite le violet n'est pas reconnu, et les diverses nuances du jaune ne sont pas distinguées: à gauche le vert et le jaune ne sont pas reconnus, et la perception du rouge est altérée.

Tous ces symptômes et quelques autres moins importants que

nous négligeons pour ne pas allonger ce rapport établissent nettement l'existence de l'hystérie et d'une hystérie grave, préparée par la prédisposition héréditaire et déterminée selon toute probabilité par l'accident du mois de juillet dernier. C'est également à l'hystérie qu'il faut rattacher le délire et le trismus des mâchoires consécutifs au traumatisme, car pour le premier il ne peut s'agir de délire fébrile puisqu'il a débuté avant toute suppuration, pas plus qu'il ne peut s'agir de tétanos pour le second, cette maladie nécessitant une incubation d'une certaine durée : c'était donc bien une contracture hystérique.



O.D. V= O.G V=

Fig. 5.

On saisit maintenant la nature de cette excitation psychique et de ce délire observés chez Marie C... depuis sa détention. Ce sont aussi des accidents hystériques, des manifestations de la déséquilibration mentale dont l'hystérie se complique d'une façon si fréquente.

Nous avons nettement établi l'existence de l'hystérie avant l'époque où a été commis le crime dont Marie C... s'est rendue coupable. Cette maladie a-t-elle pu influer sur les déterminations de l'inculpée et est-elle pour quelque chose dans l'accomplissement de ce crime ? Nous touchons ici au point le plus délicat de notre tâche.

Certes, la conception même du crime n'est pas imputable à l'hystérie ; elle doit naître chez bien des filles de santé régulière en pareil cas et cette idée a dû d'autant plus venir à l'esprit de l'inculpée qu'elle avait eu plus à souffrir des reproches que ne lui ménageaient pas certains membres de sa famille tant pour les charges occasionnées par son premier enfant que pour celles qui

devaient résulter du second. Mais de la conception à l'acte il y a un abîme et il est permis de se demander si, en bonne santé, Marie C... l'eût délibérément franchi. Remarquons combien étaient développés chez elle les sentiments maternels : non seulement elle a élevé convenablement son premier enfant, mais elle l'entourait d'une affection si réelle que le danger couru par cet enfant lors de son accident a puissamment contribué à faire naître chez elle l'hystérie dont elle souffre aujourd'hui. En tombant sous les roues de sa charrette, elle a eu peur surtout pour son enfant; la preuve en est dans la fixité de ses rêves pendant lesquels se déroule non pas le danger qu'elle a elle-même couru, mais celui de l'enfant qu'elle voit tomber dans la mare et se noyant.

Un des symptômes de l'hystérie psychique, c'est l'affaiblissement des sentiments moraux de telle sorte que beaucoup de ces malades offrent une véritable anesthésie morale. Un autre effet encore plus certain de cette maladie, c'est un amoindrissement notable de l'énergie intellectuelle, principalement en ce qui concerne l'attention et la volonté; en même temps les phénomènes d'automatisme psychique s'exagèrent; les idées fixes et les impulsions naissent avec la plus déplorable facilité et s'imposent d'autant plus à l'esprit du malade qu'il est devenu moins capable de réfléchir et de diriger ses pensées. Il est donc possible, et notre devoir était de le signaler, que la détermination de la fille C... ait été influencée par la grave maladie survenue chez elle avant l'accouchement, ou tout au moins que sa force de résistance morale contre l'impulsion criminelle ait été sensiblement diminuée.

En résumé : 1° Marie C..., n'est pas aliénée et il ne nous semble pas qu'elle le fût au moment où elle a commis le crime qui lui est reproché;

2° Elle est atteinte d'hystérie traumatique grave depuis le mois de juillet 1894;

3° Cette maladie a déterminé chez elle une déséquilibration mentale réelle dont il doit être tenu compte dans l'appréciation de sa responsabilité morale.

Après avoir pris connaissance de ce rapport, et malgré nos conclusions admettant la responsabilité réelle, mais atténuée de la prévenue, le ministère public abandonna l'accusation, estimant sans doute qu'elle ne pouvait aboutir devant le jury qu'à un acquittement pur et simple, et la fille C... fut mise en liberté.

Les développements étendus de l'observation précédente permettront au lecteur de se faire une opinion personnelle sur la valeur de nos conclusions et nous n'entendons pas les discuter de point en point. Nous dirons seulement en quelques

mots pourquoi nous ne nous sommes pas prononcé pour l'irresponsabilité sans restriction. Nous ferons remarquer d'abord que Marie C..., même avant l'accident qui paraît avoir été chez elle le point de départ des troubles hystériques, avait toujours nié la grossesse et cherché à la dissimuler; peut-être à ce moment déjà était-elle hantée par de mauvais desseins.

Nous voyons ensuite qu'elle a essayé de cacher son crime par des moyens très prémédités, se livrant le lendemain de ses couches à ses travaux habituels, soignant son bétail, chargeant des voitures de fumier, se garnissant l'abdomen de linges destinés à grossir sa taille et cherchant à faire prendre l'hémorragie post-puerpérale pour le sang de ses règles. Nous observerons enfin que rien dans l'examen mental de l'inculpée ne nous a conduit à examiner l'hypothèse d'une impulsion irrésistible et qu'elle-même, loin de s'excuser de son crime, a persisté, malgré l'évidence, à le nier jusqu'à la fin. Mais si l'hystérie ne nous a pas paru avoir joué un rôle direct et prépondérant dans la genèse de l'infanticide, il n'en était pas moins évident pour nous qu'elle avait sérieusement atteint les facultés de l'inculpée peu de temps avant l'acte incriminé; que ces troubles retentissaient encore quelques jours avant notre examen sous forme de légers accès de manie hystérique et que dans ces conditions la prévenue devait bénéficier d'une certaine indulgence. Qui nous dit, répéterons-nous ici en terminant, que sans l'accident provocateur de l'hystéro-traumatisme dont elle a été victime peu de temps avant l'accouchement, elle n'eût pas trouvé en elle-même la force de résister aux suggestions mauvaises que lui inspiraient les circonstances?

Des études récentes ont bien mis en évidence cette indigence mentale des hystériques à stigmates. L'existence de l'anesthésie cutanée — et tel est le cas de notre malade — entraîne une véritable apathie psychologique. Les sentiments affectifs disparaissent en même temps que se rétrécit le champ de la conscience. La femme, autrefois pleine d'affection et de sollicitude pour ses enfants, les délaisse et ne se préoccupe plus d'eux[1]. Il y a peut-être là une voie nouvelle à explorer pour les médecins experts en matière d'infanticide et nous tenions à l'indiquer.

[1] Pierre Janet. — *État mental des hystériques; les stigmates mentaux.* Paris, 1892.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE.

TRAITEMENT ET ÉDUCATION DE LA PAROLE CHEZ LES ENFANTS IDIOTS ET ARRIÉRÉS;

PAR

BOURNEVILLE, Médecin de Bicêtre.

ET

J. BOYER, Professeur à l'Institut médico-pédagogique de Vitry.

La *parole* étant une fonction très complexe exigeant pour répondre à son but le concours de plusieurs organes préalablement exercés, nous n'étonnerons personne en disant que de toutes les fonctions c'est celle qui présente chez l'idiot les troubles les plus nombreux comme les plus profonds. Elle est avant tout un art d'imitation, né, pour ainsi dire, de ce besoin instinctif qui poussa les premiers hommes à se constituer en société. Sous l'influence de la civilisation, cet art a suivi le progrès intellectuel, et de simple et naturelle qu'elle était au début, la parole est devenue de plus en plus conventionnelle et compliquée. Comment un idiot, qui, comme son nom l'indique, a horreur de toute société, comment l'idiot pourrait-il être maître de cet art, lui qui peut à peine, lorsqu'il le peut, guider un organe dans l'accomplissement de la plus naturelle de ses fonctions? Comment pourrait-il imiter et comprendre ses modulations aussi complexes que variées, lui dont l'intelligence n'est pas suffisante pour diriger les instincts, et dont l'attention est difficile ou même impossible pour ceux qui ne se sont jamais occupés du traitement de ces enfants et qui sourient dédaigneusement lorsqu'on émet devant eux la possibilité de les faire parler?

Nous étudierons d'abord les idiots qui ne parlent pas, nous nous occuperons ensuite de ceux qui parlent mal.

Idiots qui ne parlent pas. — Les idiots qui ne parlent pas sont très nombreux. S'enferment-ils dans le mutisme le plus complet, parce que, comme dit Itard, n'ayant aucune idée, ils n'ont rien à dire; ou bien est-ce, comme le dit Séguin, parce

qu'ils ne savent pas se servir de leurs organes? Il y a du vrai dans ces deux raisons, on pourrait même dire que c'est pour ces deux raisons que nos malades ne parlent pas. En effet, si les idiots sont muets n'est-ce pas parce qu'ils n'ont pas d'idées, et s'ils n'ont pas d'idées n'est-ce pas parce que n'étant pas maîtres de leurs organes, ils n'ont pu en acquérir et les emmagasiner dans leur souvenir faute de mots pour les représenter? Que si les muets intelligents ont des idées sans parole, n'est-ce pas parce qu'ils ont à la place de ces signes oraux, pour ainsi dire, d'autres signes visibles qui en tiennent lieu? Du reste cette question, à reprendre au point de vue clinique et physiologique, est toute secondaire, pour le but qui nous occupe. Les idiots ne parlent pas, comment peut-on faire pour provoquer en eux l'émission d'un son articulé, voilà, aujourd'hui, la question importante.

Avant d'aborder la pratique il est nécessaire d'établir une distinction. Il va de soi que si les lésions qui ont occasionné l'idiotie ont détruit plus ou moins complètement les circonvolutions qui président à la fonction du langage, les moyens thérapeutiques et pédagogiques demeurent stériles, mais, et c'est la grande majorité des cas, chez les idiots qui ne parlent pas, ces lésions localisées n'existent pas, et c'est précisément pour cela, qu'il est possible d'arriver à créer en quelque sorte et à développer la faculté du langage.

Pour apprendre à parler, il faut d'abord savoir écouter, d'où nécessité de s'assurer de l'intégrité de l'organe de l'ouïe, et d'en faire ensuite l'éducation. L'*attention auditive*, c'est par là que nous débuterons. Si l'enfant n'est pas atteint de surdité complète [1], nous essaierons de faire entrer en exercice l'organe de l'ouïe, de le développer afin de l'amener insensiblement à la perception de la voix. Un jeu de timbres ou de sonnettes, comprenant les huit notes de l'octave, rendra beaucoup de services dans ce cas. Nous prendrons d'abord le timbre qui donne la note la plus grave et, nous plaçant à une certaine distance de notre élève, derrière lui de préférence, nous frapperons sur le timbre au moment où le silence ménagé [2] dans la classe sera le plus complet.

[1] Les cas de ce genre sont relativement rares, souvent on nous envoie des idiots réputés sourds et muets et chez lesquels l'audition est constatée quand on la recherche avec soin.

[2] Dans ces sortes d'exercices le maître doit *toujours* être seul avec son élève.

L'enfant tressaille aussitôt sans se rendre compte de ce qu'il éprouve. Répétons l'expérience, et l'enfant redresse la tête, et quelquefois même cherche l'endroit d'où vient ce bruit qu'il ne s'explique pas. Progressivement, on s'éloignera et on arrivera ainsi avec beaucoup de patience à faire percevoir un son de plus en plus éloigné. Répétant ce qu'Itard a fait pour le sauvage de l'Aveyron, nous pourrons passer des sons graves aux sons aigus, de la cloche à la flûte en passant par le piano et l'harmonium, de la flûte à la voix humaine.

Comme on courrait le risque de tomber dans la monotonie, on peut et on doit en même temps s'occuper de provoquer l'*attention visuelle*. Se plaçant en face de l'enfant, de façon à avoir le corps bien éclairé, on tâche d'attirer l'attention de l'idiot en le poursuivant d'un regard tenace et en le forçant, pour ainsi dire, à avoir toujours le visage tourné de notre côté. On tâche d'attirer son attention sur les changements que l'on fait subir à la face, que ce soit des flexions de la tête, ou même des grimaces.

Tout en s'occupant de l'*ouïe* et de la *vue*, on fera faire à l'élève des *exercices d'imitation*. C'est encore là un moyen de varier le travail et de prévenir la lassitude chez le sujet. Ces exercices d'imitation porteront d'abord sur les membres supérieurs. On élève et on abaisse simultanément les bras, et afin que le maître n'ait pas à quitter sa position pour aider à rectifier les mouvements de l'enfant, il est bon qu'une deuxième personne, placée derrière l'idiot, le guide dans l'exécution de ces mouvements. Des mouvements des bras on passera aux mouvements de la tête et on procédera de la même façon. Puis on fera exécuter les mouvements du visage : ouvrir et fermer la bouche, tirer la langue, rapprocher et éloigner les commissures des lèvres. On pourra avec quelque avantage exécuter et faire exécuter ces divers exercices préliminaires devant une glace, afin que l'enfant juge par lui-même de la faiblesse de son imitation et puisse la rectifier, comme cela se pratique à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris.

Lorsque l'enfant sera arrivé à imiter d'une manière aussi parfaite que possible, on s'occupera de l'émission d'un son. Par quoi commencerons-nous? Sera-ce par les voyelles comme avec les sourds-muets, sera-ce par les consonnes comme le recommande Séguin. Nous suivrons notre maître à tous, Séguin,

et avec lui nous dirons que l'enfant normal, débutant par les syllabes simples composées d'une consonne et d'une voyelle, il n'y a pas de raison pour que nous changions avec des enfants anormaux la marche indiquée par la nature elle-même.

Les labiales (*b*, *p*, *f*,) paraissent tout indiquées pour commencer la série, leur émission étant, pour ainsi dire, plus visible et plus extérieure sera par conséquent plus facilement imitable. Cependant ici, comme ailleurs, les contrastes peuvent être d'un grand secours, et nous nous sommes souvent bien trouvé en suivant l'ordre suivant :

p.	*t.*	*k.*	*v.*	*z.*	*j.*
f.	*s.*	*ch.*	*l.*	*r.*	
b.	*d.*	*g.*	*m.*	*n.*	

car on procède ainsi par entraînement, le son *p* préparant le son *t*, etc.

Les syllabes répétées étant plus faciles à prononcer qu'une syllabe isolée, nous apprenons d'abord à l'enfant des redoublements, tels que *papa*, *toto*, *caca*, etc.

Pour la marche à suivre, nous renvoyons au tableau d'articulation de M. Goguillot, retouché à beaucoup d'endroits pour l'approprier à la catégorie spéciale des enfants auxquels nous nous adressons. Il ne faudrait pas croire cependant que l'on puisse toujours suivre d'une façon rigoureuse la marche que nous indiquons.

Un certain nombre d'idiots arrivent d'une façon plus ou moins parfaite à imiter nos gestes et nos grimaces, mais resteront muets, ou bien ils prononceront un certain nombre de sons incompréhensibles et n'ayant aucun rapport avec ceux qu'on a essayé de provoquer. Il faudra alors faire un inventaire précis de ces sons, tâcher de les classer et se servir d'eux comme point de départ pour provoquer ceux qui manquent et qu'on pourra obtenir par entraînement. Il serait naïf de suivre à la lettre une méthode quelconque, ce qu'il faut avant tout faire, c'est se servir des circonstances et des aptitudes particulières que peuvent présenter les sujets.

Nous aurions suivi la marche indiquée avec Julie L..., Marguerite A..., nous n'aurions obtenu aucun résultat. Ces deux idiotes aimaient beaucoup entendre chanter. De plus, elles retenaient à merveille les airs qu'elles entendaient. Nous nous

servîmes de leurs goûts. Au moyen de rondes au rythme facile, qu'elles aimaient à danser avec nous, nous parvînmes à leur faire répéter non pas seulement l'air, mais encore les paroles, ce qui avait pour nous un autre intérêt. Nous leur apprîmes ainsi une foule de mots que nous leur disions en les faisant danser et ces mots qu'elles dirent d'abord au hasard, finirent par être placés fort à propos. Et de ces deux enfants, la première ne disait que *papa, maman*, sans en comprendre le sens, la seconde n'avait encore émis aucun son.

Une fois le premier mot obtenu, la voie est ouverte, il ne faudra plus qu'une patience persévérante, pour augmenter le vocabulaire de l'enfant. Faisant asseoir devant nous le malade dont nous nous occupons, et chez lequel nous avons pu obtenir un certain degré d'attention, nous lui montrons un objet usuel, son *chapeau* par exemple, et, en considérant l'objet avec intérêt, nous répétons sans cesse le mot qui sert à le désigner. Si c'est un enfant qui aime la promenade, ce sera surtout au moment de sortir, au moment de l'habiller, que nous ferons cet exercice. Le désir de sortir sera un stimulant de plus pour provoquer la parole. On se butte souvent à une obstination aussi bizarre qu'insurmontable. L'enfant sait et peut dire un mot puisqu'on a réussi à le lui faire dire déjà, et par entêtement il refuse quelquefois de le répéter. Bien plus, nous avons souvent aperçu sur les lèvres de l'idiot un véritable sourire moqueur, qui semblerait prouver chez lui le désir de taquiner son maître. C'est alors qu'il ne faut pas céder. « Vous ne voulez pas dire *chapeau*, nous ne sortirons pas. » Si la menace est suivie d'exécution et si le lendemain le même fait se produisant, on fait preuve de la même énergie, l'enfant finira par céder et par répéter le mot. Aussitôt il est bon de prodiguer des caresses à l'enfant, de lui manifester le contentement qu'on éprouve, mais il faut bien se garder de dire, comme font certaines personnes : « Ah ! il a cédé ; c'est bien fait ! » L'idiot est souvent très susceptible il comprendra la plupart du temps que l'on se moque de lui, et on risque de le repousser dans l'inactivité, dont on a eu tant de peine à le tirer.

Il serait inutile de chercher à corriger de suite les défauts de prononciation ou les fautes d'imitation que peuvent présenter les premiers mots de l'idiot. L'essentiel c'est de s'assurer si tel mot bien ou mal prononcé correspond exactement à l'idée que nous avons voulu provoquer. Petit à petit à force d'entendre le

mot l'enfant le corrigera de lui-même, à mesure que se développera en lui la puissance d'imitation.

Nous plaçons dans la même catégorie d'idiots ne parlant pas ceux qui ont à leur disposition un certain nombre de syllabes, dont le sens échappe aux personnes qui n'ont pas l'habitude de vivre avec eux. Du reste le nombre de ces syllabes étant très restreint, on ne peut pas les considérer comme constituant un vocabulaire. Ces malades formeront si l'on veut la transition entre ceux qui ne parlent pas, et ceux qui parlent mal.

Edmond B... appartient à cette catégorie. Il dit : *papapa*, *mamama*, *gaga* (gâteau, et en général tout ce qui se mange), *apia* (papier qu'il aime beaucoup à déchirer), *coucou* (boule d'eau chaude que l'on place dans son berceau), et puis c'est tout ; soit en tout cinq vocables. Nous ne chercherons pas tout d'abord à modifier ces signes vocaux plus ou moins altérés ; au contraire nous nous en servirons pour désigner les mêmes objets ou les mêmes personnes que lui, nous les répéterons sans cesse, mais toujours à propos, pour montrer à l'enfant que nous les comprenons, et pour établir entre lui et nous un moyen de communication. Respectant les mots qu'il a pour ainsi dire lui-même acquis, nous les accepterons tels qu'ils sont et nous ne chercherons qu'à en provoquer de nouveaux, en suivant la méthode indiquée plus haut. Par ce procédé et en quelques mois, Edmond B... a appris à dire *à boi* (à boire), *ava* (au revoir), *caca* (quand il veut aller au siège), *coco* (quand il demande un œuf), et certainement là ne s'arrêteront pas les progrès de la parole chez cet enfant.

Séguin a fait remarquer avec beaucoup de raison que l'idiot comme l'enfant en général, a une plus grande facilité pour prononcer les syllabes redoublées, que les syllabes isolées. Quand il reproduit un refrain quelconque, dont il est incapable de redire les paroles, c'est une suite de syllabes redoublées qu'il fait entendre, le plus souvent *la la la*. Nous basant sur cette observation, il nous est souvent arrivé de désigner un animal sous la forme d'un redoublement rappelant le plus possible le cri de l'animal. L'enfant répétait après nous sans tarder, surtout s'il avait entendu lui-même crier l'animal. *Ouaoua* voulait dire chien, *bé bê* voulait dire mouton, *mama* voulait dire vache, *cot-cot*, poule, etc. Du reste n'est-ce pas là le langage primitif, et nos ancêtres désignaient-ils autrement les animaux dont ils voulaient parler? A mesure que les progrès

s'effectueront, que l'enfant s'habituera à répéter les sons émis devant lui, il ne lui sera pas aussi difficile qu'on le croirait de substituer au nom provisoire le nom définitif ; c'est du reste ce que l'expérience nous a plusieurs fois prouvé. Est-il nécessaire de nous appesantir sur les difficultés en présence desquelles se trouverait celui qui voudrait faire prononcer à l'idiot, sans exercice préalable, *chien*, *vache*, *brebis*, ou tout autre mot composé de syllabes les unes plus complexes que les autres, et que l'enfant normal lui-même a tant de peine à acquérir?

Si l'on se reporte au cahier d'articulation que nous avons établi on remarquera qu'après chaque leçon nous avons placé une sorte d'exercice pratique dans lequel se trouve des noms uniquement composés des sons qui ont fait l'objet de la leçon. Si l'on a le soin de montrer à l'enfant l'objet dont on lui fait énoncer le nom, non seulement notre élève apprend à parler, mais encore il s'habitue à n'employer que des mots dont il connaît le sens. Ce sera au maître de s'ingénier à amuser l'élève de manière à maintenir son attention.

Donnons un exemple, Henri D... ne parlait pas ; il disait à peine et rarement à propos *papa*, *mama*, *mossau* (?), *boulou* (?), *messi* (merci). En le soumettant à la méthode dont nous venons de parler, il est arrivé à prononcer le mot *bouton*. Nous lui avions souvent montré l'objet en en prononçant le nom, et nous avions réussi à le lui faire dire. Pour bien nous assurer qu'il comprenait bien le sens du mot, nous le faisions jouer avec des boutons, nous lui en faisions chercher, et dès qu'il nous en apportait un, nous lui demandions : « Qu'est-ce que c'est ? » Il répondait aussitôt *bouton* en souriant, et dès qu'en promenade il en rencontrait un à terre, il nous l'apportait en le nommant. Ce n'est pas là le langage du perroquet.

Nous passerons ainsi en revue tous les objets, toutes les personnes, tous les animaux même qui entourent quotidiennement l'enfant. C'est par le nom des diverses parties de son *corps* que nous commencerons, c'est-à-dire par ce qui est en contact le plus immédiat avec notre élève. L'enfant est d'abord habitué à désigner, sur ordre, telle ou telle partie de son corps ; on guide d'abord sa main et on ne tarde pas à s'apercevoir que son bras est de plus en plus docile, et qu'un jour même il n'a besoin d'aucune direction pour montrer le nez, les yeux ou la bouche. Après quelques semaines de cet exercice l'enfant non

seulement comprend le sens de ces divers noms, mais encore les répète avec nous.

Après la partie du corps, nous nommerons les *vêtements*, après les vêtements, les objets qui lui servent, tels que le couvert, la boisson qu'il préfère, le mets dont il est friand. Puis ses jouets et parmi ces derniers, les divers animaux qu'il peut aimer à caresser, enfin le nom des personnes qui l'entourent, surtout de celles pour lesquelles il paraît avoir une préférence marquée. Cet ordre là est-il rigoureux? Est-il besoin de dire, que c'est l'idiot lui-même qui devra nous diriger, et qu'on devra chercher à lui apprendre d'abord le nom de ce qui paraît l'intéresser avant de s'occuper de ce qui lui est indifférent.

Jusqu'ici nous n'avons fait acquérir que des *noms*, et même des noms concrets, nous allons maintenant essayer des *adjectifs*, c'est-à-dire des abstractions. Nous suivrons la même méthode que nous venons d'indiquer. Louis B..., aime les chevaux, et le seul mot qu'il ait encore pu prononcer est *dada*. Il aime tirer à lui un cheval à roulette, manier un fouet, c'est sur ces objets que nous maintiendrons son attention. Nous lui ferons voir, toucher, porter, traîner successivement un grand et un petit *dada*, et nous lui enseignerons à présenter ou à montrer le plus grand et le plus petit. Comme c'est en jouant que se font ces divers exercices, l'enfant ne tarde pas à faire la différence en attendant qu'il applique lui-même le mot nouveau. — Avec une petite fille, les poupées sont d'un grand secours. — Avec tel autre enfant amateur de bruit, les sonnettes nous servent d'instruments. Nous avons eu à nous servir de ballons, de cerceaux, de fleurs, de tambours, de robinets même, etc. C'est toujours l'enfant qui nous a guidé dans le choix.

C'est ainsi que nous apprenons le nom des couleurs, des formes, des odeurs (bon, mauvais), que nous donnons la notion de poids (léger, lourd), toujours en ayant soin de procéder par contraste en choisissant les extrêmes, afin de mieux faire la distinction. Ces exercices que nous signalons se retrouvent dans l'éducation de la vue, du toucher, etc., mais est-il possible de n'exercer qu'un organe à la fois, et les diverses fonctions ne sont-elles pas tellement solidaires qu'on ne peut en exercer une sans en mettre une autre en mouvement?

Bien que cela paraisse prétentieux, après l'adjectif nous pas-

sons au *verbe*. Il n'est pas ici question de conjugaison, pas plus que de règles et d'exceptions. Notre ambition se borne aux verbes qui expriment la manière d'être des objets que notre élève connaît déjà. Ni temps, ni mode, l'infinitif, cela nous suffit. *Cerceau rouler*, *poupée tomber*, *soupe brûler*, *Julie manger*, voilà les phrases que nous tâchons de provoquer, phrases qui se compliquent quelquefois d'un adjectif comme : *dada noir partir*, etc. Lorsque l'enfant en est arrivé là, ne peut-il pas se faire comprendre, exprimer ses besoins, en un mot communiquer avec ceux qui l'entourent.

Il existe un certain nombre d'idiots qui semblent ne pouvoir aller plus loin au point de vue de la parole. Ils continuent à acquérir de nouveaux mots, et cela par le seul commerce avec leurs semblables, mais ils paraissent ne pouvoir construire une phrase si courte soit-elle; et la syntaxe qu'ils emploient a beaucoup de rapport avec celle des sourds-muets parlants. Ils énoncent leurs idées par ordre d'importance, et dans leur langage, ils font des inversions qui déroutent. Ils ne demanderont pas : Est-ce que je sortirai samedi? Mais : *sortir André samedi?* — Il est évident que dans cet exemple c'est l'idée de sortir qui est la plus importante, aussi sera-t-elle énoncée la première; après vient le nom de la personne, idée pour ainsi dire secondaire, car l'idiot ne peut que parler de lui-même, et enfin le temps, qui est aussi quelque chose d'accessoire, puisque ce qu'il importe le plus de savoir pour André, c'est s'il sortira ou non. On pourrait citer mille exemples semblables.

Le moyen de corriger cette façon de parler exige encore des exercices spéciaux. Il faudra faire répéter à l'enfant à chaque instant du jour les phrases usuelles qu'il a l'occasion de dire à tout moment; faisons même semblant de ne pas le comprendre s'il persiste à les mal donner, et nous arriverons en peu de temps à de grands changements.

Idiots qui parlent mal. — Les idiots, dont nous allons maintenant nous occuper, savent parler. Ils peuvent exprimer leurs besoins, leurs passions, poser des questions, y répondre, mais il est certains sons qu'ils n'émettent pas franchement, certaines consonnes qu'ils prononcent d'une façon défectueuse. Ces divers défauts de prononciation peuvent tenir à des causes multiples qu'il est indispensable de connaître avant d'en tenter la suppression. Quelquefois ces défauts de prononciation ont

une cause physiologique, paralysie, atrophie de tel ou tel élément d'organe. La langue trop épaisse, emprisonnée dans une mâchoire trop étroite que surmonte un palais en ogive, se meut difficilement et arrête les sons au passage; l'enfant fait des efforts pour parler correctement, projette de la salive et fait entendre presque continuellement le son *ch* pour *s*, *j*, *z*, tel Henri de la C... D'autres, comme Georges T..., par suite de la malformation de la mâchoire supérieure et d'une dentition anormale frappent à tout instant les incisives supérieures trop développées, de la pointe de la langue et semblent toujours prononcer des dentales, ce qui donne à leur conversation un ton dur et discordant où domine le son *t* ou *d*. D'autres enfants, comme Henri R..., possèdent une langue toujours en retrait dans la bouche, ne savent émettre que des sons gutturaux et sont incapables de donner le *l* le *r* et les dentales.

Les exercices à faire suivre en pareil cas varient avec la cause même du défaut de prononciation. Si l'on est familier avec le mécanisme de l'articulation, on saisira facilement le point faible à exercer, à développer. Nous reviendrons encore ici à l'attention dont il faudra d'abord s'assurer avant d'entreprendre toute tentative d'amélioration. Si l'enfant est attentif, et qu'on ait su provoquer en lui l'imitation, il suffira de lui faire faire par imitation les exercices ayant pour but de mettre en jeu la partie faible de l'organe. Si les sons gutturaux ne sont pas correctement donnés, nous ferons venir à notre aide le toucher, et, plaçant la main de l'enfant sur notre gorge, nous appellerons son attention sur les vibrations qui se produisent à cet endroit lors de l'émission d'un *k* ou d'un *g*, puis, lui faisant placer la main sur sa gorge à lui, nous l'inviterons à fournir ce son, jusqu'à ce que les vibrations qu'il sentira soient identiques à celles qu'il ressentait quand nous parlions.

Si la langue est paresseuse, c'est d'elle que nous nous occuperons. Nous la ferons tirer le plus possible, ramener à droite, à gauche, nous lui apprendrons à toucher le palais, à se mettre en gouttière, à frapper les dents, à faire en un mot tous les mouvements nécessités par l'émission des sons linguaux.

L'éducation des lèvres est relativement plus facile, car ici nous nous adressons uniquement à la vue. Disons aussi que les labiales sont les plus faciles à prononcer et que nous

n'avons la plupart du temps à remédier qu'à la faiblesse de l'émission plutôt qu'à l'incorrection. Il faudra alors apprendre à l'enfant à faire vibrer les lèvres en projetant violemment, les dents serrées, de l'air au dehors, en produisant le bruit que fait un cheval qui renâcle.

Lorsque l'idiot ne donne pas le son *r*, il ne faut pas songer à lui faire émettre le *r* lingual, si facile pour les gens du midi, si difficile pour un grand nombre de personnes. Nous nous contenterons du *r* guttural que nous provoquerons comme les autres sons gutturaux au moyen du toucher, et encore en apprenant à l'enfant à se gargariser.

Le son *k* est aussi un de ceux qui font le plus souvent défaut. Si l'on se reporte au mécanisme de l'articulation, on sait que pour produire ce son « la base de la langue se relève, entre en contact avec le voile du palais; celui-ci se trouve pressé entre la langue et la paroi pharyngienne et tout passage de souffle est interrompu ; puis la langue se détache vivement et une explosion se produit [1] ».

La plupart du temps l'enfant ne sait pas relever la langue, et donne *t* pour *k*; le maître, alors avec son doigt, repoussera la pointe de la langue le plus possible, afin de lui faire occuper la position normale, et fera prononcer à l'enfant le seul son possible dans cette position, *ka*. Puis on habituera l'enfant à maintenir lui-même la langue avec son propre doigt, et peu à peu la langue s'habituant à cet exercice finira par ne plus avoir besoin d'aide pour se relever. Passer en revue tous les défauts de prononciation nous entraînerait trop loin, et nous n'avons pas la prétention d'écrire ici un traité d'orthophonie, mais pour dessein de fournir les principes généraux qui doivent guider les auxiliaires des médecins, instituteurs et surveillantes.

Certains idiots ne présentent pas à proprement parler de défauts de prononciation. Ils émettent à peu près bien tous les sons, mais comme ils semblent avoir peur de desserrer les dents, ils déforment légèrement l'émission des voyelles. A moins de les écouter attentivement, les sons *a*, *e*, *i*, *o*, *u* semblent confondus et prononcés de la même façon, de même les sons nasaux *an*, *on*, *in*. Il est facile de faire disparaître cette confusion. Il suffit de les soumettre régulièrement plusieurs fois par jour à la gymnastique des lèvres et des mâchoires,

[1] Goguillot. — *Comment on fait parler les sourds-muets.*

qu'ils semblent ne pouvoir mouvoir qu'avec une extrême lenteur. Ne craignons pas d'exagérer l'ouverture de la bouche pour le son *a*, par exemple ; l'idiot ne voit jamais trop. Cette méthode a parfaitement réussi avec Maurice J..., qui avait, au début, un langage incompréhensible pour les personnes qui ne vivaient pas avec lui, et quelques semaines ont suffi.

D'autres idiots paraissent ne pas avoir de souffle. Ils hachent leur conversation, semblent perdre haleine à chaque instant, et ne peuvent prononcer dans la même expiration qu'un mot de deux ou trois syllabes. Pour ceux-là, on se trouvera bien des exercices suivants : faire soutenir un son le plus longtemps possible, puis faire émettre dans la même expiration deux sons opposés comme *a* et *i*, en ne donnant le signal du second que lorsqu'on sent être arrivé à peu près à la moitié de l'expiration. Après quelques semaines de ces exercices, on fait prononcer un mot de plusieurs syllabes en habituant l'enfant à ne passer d'une syllabe à l'autre qu'au commandement, afin que le maître puisse lui-même guider la durée d'émission de chaque syllabe. On fait ensuite dire, toujours lentement, des phrases entières mais courtes, pour arriver progressivement à des phrases plus ou moins longues dans lesquelles le maître lui-même désigne le point logique où doit avoir lieu une nouvelle inspiration. Lorsque l'on aura affaire à des idiots de cette catégorie, il sera bon au préalable, pour tâcher d'augmenter la capacité de leurs poumons et de leur permettre par conséquent de pouvoir émettre un son plus prolongé, de faire les exercices du souffle, exercices qui amusent l'enfant et qui l'intéressent. Parmi ces exercices nous pouvons signaler celui qui consiste à faire souffler une bougie à une distance de plus en plus éloignée, à souffler dans un sifflet, à faire gonfler un ballon de caoutchouc ou une simple vessie d'animal, à faire tourner un moulin à vent, à gonfler un sans-gêne, à lancer un pois dans un tube de sureau, à faire avancer une bille sur une longue planche à rainure, bille que l'on pourra prendre d'abord en moelle de sureau, puis en liège, enfin en bois. Pour augmenter progressivement la difficulté de ce dernier exercice, on pourra mettre la planche sur un plan incliné de façon à ce que le souffle de l'enfant ait non seulement à lutter contre la force d'inertie de la bille, mais encore contre l'action de la pesanteur, de même que pour amuser et intéresser l'enfant, on suspendra au-dessus de la rainure un grelot

ou un timbre quelconque, que l'on pourra avancer et reculer, et que la bille fera résonner en passant. On ne doit jamais laisser échapper l'occasion d'amuser notre idiot, qui suit souvent avec tant d'indifférence un travail qui lui semble inutile.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

DE L'INTOXICATION DANS L'ÉPILEPSIE [1];

Par le Dr J. VOISIN, médecin de la Salpêtrière; et RAYMOND PETIT, interne des hôpitaux.

Bromure de potassium. — Le bromure de potassium a été introduit dans la thérapeutique de l'épilepsie en 1851 par Ch. Locack. C'est le médicament qui paraît rendre le plus de service jusqu'à ce moment dans cette terrible maladie.

Son action physiologique a été parfaitement étudiée par Martin Damourette et Pelvet et par G. Sée. Ces auteurs ont montré que l'action du bromure de potassium est générale et qu'elle atteint partout les systèmes nerveux et musculaire. « C'est un anesthésique aussi bien des centres et des cordons nerveux que des surfaces muqueuses et tégumentaires. C'est un acynésique aussi bien des plans musculeux digestifs urinaires et respiratoires que des muscles striés. Cette double propriété anesthésique et amyosthénique rapprochée de l'effet sédatif sur la circulation, la chaleur et les sécrétions explique les applications faites du bromure dans l'épilepsie. »

D'après M. Germain Sée, le bromure de potassium diminue l'excitabilité réflexe de la moelle sans la détruire ; il diminue les fonctions de la moelle en produisant l'olighémie et non pas une action spéciale élective sur les tissus nerveux; en outre il excite les centres modérateurs. Pour Aug. Voisin et Legrand du Saulle c'est le médicament indispensable de l'épilepsie. Grâce à lui les accès sont reculés et quelquefois supprimés,

[1] Voir *Archives de Neurologie*, nos 98, 99, 100, 101.

mais son administration doit être continuelle une fois qu'on l'a commencée. Il est, disent-ils, aussi indispensable à l'économie qu'un aliment. Si on le supprime, les accès reviennent plus forts et le malade est enlevé par un état de mal. Le patient, dit Legrand du Saulle, paie son « arriéré ». Il est reconnu que dans beaucoup de cas ce médicament arrête ou diminue notablement les accès convulsifs ; mais en revanche les vertiges deviennent plus nombreux et l'intelligence baisse rapidement, et quand son administration est par trop prolongée nous avons remarqué que l'état saburral de la langue ne peut plus disparaître malgré les purgatifs. Il entretient donc cet état quand les individus sont arrivés à saturation et les malades ont une haleine des plus fétides. Il est nécessaire à ce moment de le supprimer et de le remplacer par les purgatifs et par les moyens que nous préconisons. Nous n'avons jamais vu sa suppression amener à ce moment un état de mal et la mort du malade. Cet état de torpeur accompagné de vertiges incessants a été mis sur le compte du bromisme qui, d'après les auteurs, peut se manifester de deux manières différentes : la torpeur ou l'excitation.

Nous nous demandons si cette torpeur ou cette excitation ne sont pas dues plutôt à cet empoisonnement que décèle l'état gastrique concomitant signalé plus haut. L'individu est saturé, tous ses organes sont imprégnés de bromure. Le médicament n'agit plus sur les vaisseaux et l'infection prend le dessus. Quand nous supprimons le bromure de potassium dans ces cas, on voit peu à peu sous l'influence des purgatifs la langue se nettoyer, l'haleine devenir meilleure et aux vertiges faire suite les attaques convulsives. Celles-ci se renouvellent cinq à six fois, mais les vertiges disparaissent ainsi que la torpeur pour faire place à l'intelligence. Nous avions une malade qui, sous l'influence de cette saturation chronique, présentait indépendamment de cet état gastrique des vertiges et de la folie furieuse avec hallucinations terrifiantes. Nous supprimions le bromure à ce moment et aussitôt un ou deux accès convulsifs se produisaient et l'excitation disparaissait ainsi que les vertiges et l'état gastrique. Nous avons pu constater quatre ou cinq fois de suite ces mêmes phénomènes chez ce même malade à cinq ou six mois d'intervalle. Avec la saturation bromique arrivaient ces accidents vertigineux et de folie furieuse. Chez ce même malade ainsi que chez un autre homme ces mêmes phéno-

mènes se présentaient avec des manifestations hystériformes.

Ainsi donc le bromure de potassium transforme les accès convulsifs en vertiges, en accès incomplets en attaques hystériformes et en excitation cérébrale, mais cela plus rarement. Pour faire cesser ces manifestations, il suffit de suspendre complètement le médicament et de purger le malade; on le voit alors revenir à son état habituel. La guérison n'est donc pas complète sous l'influence du bromure de potassium. Il y a dans tous ces cas, des modifications des accès convulsifs d'une manière manifeste, mais malheureusement les accès convulsifs sont transformés le plus souvent en vertiges et en trouble mental avec obtusion intellectuelle profonde.

On peut reprocher à ce médicament aussi d'entretenir l'état gastrique. M. Féré[1] pour obvier à cet inconvénient a préconisé l'usage simultané du naphtol et il en a obtenu de bons résultats. Nous-mêmes nous l'employons et nous en sommes satisfaits. Dans certains cas nous avons supprimé le bromure de potassium et donné le naphtol et nous avons vu les accès être moins nombreux que lorsque nous donnions les deux médicaments. Nous en reparlerons tout à l'heure.

La dose de bromure employée ordinairement est de 4 à 6 grammes par jour. Dans ces derniers temps, Feré[1] a porté la dose jusqu'à 16 et 20 grammes chez des sujets où la moyenne de 4 à 6 grammes ne réussit pas, et il a vu que les accès diminuaient un peu de nombre et que la nutrition n'était pas altérée. Mais l'usage de cette médication doit être surveillé avec soin. On doit la suspendre aussitôt que le bromisme apparaît, c'est-à-dire aussitôt que les éruptions bromiques et la torpeur intellectuelle arrivent et, dans ces cas, cet auteur recommande en même temps des purgatifs

L'association du bromure de potassium avec le bromure d'ammonium et de sodium a paru à M. Ball et à Charcot produire de meilleurs effets que le bromure de potassium seul. On les donne à la dose de 4 à 8 grammes par jour, c'est-à-dire 1 ou 2 grammes de chaque par jour. Voici d'ailleurs la formule employée par Charcot à la Salpêtrière :

Bromure de potassium. .	ââ 25 gr.
— d'ammonium. .	
— de sodium . . .	
Eau distillée.	1 000 —

[1] Féré. *Revue de médecine*, 1893.

Prendre la 1re semaine. . .	4 cuillerées par jour.
— la 2e — . . .	5 —
— la 3e — . . .	6 —
— la 4e — . . .	7 —

Diminuer d'une cuillerée ensuite chaque semaine pour arriver à quatre, puis augmenter d'une cuillerée dans le même ordre. Comme on le voit la dose est progressivement croissante et décroissante et la médication n'est jamais interrompue. On peut en même temps et c'est ce que nous faisons ordinairement prescrire l'hydrothérapie et l'exercice au grand air. Le bromure de strontium est employé depuis quelques années. Il paraît produire les mêmes effets que le bromure de potassium. Nous ne l'avons pas employé tout particulièrement, aussi nous ne pouvons apporter nos observations à l'appui de ce qui a été dit sur son compte.

Frappés de l'inconstance et du peu d'efficacité de tous ces médicaments dans l'épilepsie générale, frappés aussi de la fréquence et de l'intensité de l'état gastrique accompagnant l'administration du bromure de potassium qui paraît entretenir cet état gastrique, nous avons cherché dans une autre thérapeutique, le remède de cette affection et nous avons été guidés dans ce choix par la conception pathogénique que nous avons exposée. Voici d'abord des malades (femmes) auxquelles nous avons supprimé le bromure et auxquelles nous n'avons donné que du lait avec de la lactose et du naphtol. On remarquera que ces malades prenaient, depuis plusieurs années, du bromure de potassium et que la suppression de ce médicament n'a amené aucune aggravation dans leur état. Le nombre des accès est sensiblement le même dans une période de six mois. Nous ferons remarquer aussi dans ces tableaux que, durant les premiers jours qui suivent le changement de traitement, les accès sont toujours moins nombreux.

Boul..., cinquante-trois ans. Epileptique.

BROMURE			TRAITEMENT LACTÉ ET NAPHTOLÉ		
	Attaques	Vertiges		Attaques	Vertiges
Janvier	4	5	Juillet.	6	5
Février	6	4	Août	2	3
Mars	4	1	Septembre. . .	6	3
Avril	5	4	Octobre	0	0
Mai.	6	2	Novembre. . .	2	1
Juin.	5	4	Décembre. . .	5	4

Calui..., soixante-huit ans. Épileptique.

BROMURE			TRAITEMENT LACTÉ ET NAPHTOLÉ		
	Attaques	Vertiges		Attaques	Vertiges
Janvier	3	1	Juillet	2	2
Février	3	1	Août	2	0
Mars	3	0	Septembre	2	0
Avril	3	1	Octobre	3	1
Mai	4	0	Novembre	2	1
Juin	4	0	Décembre	0	0

Dern.., vingt-deux ans. Epileptique.

Janvier	8	1	Juillet	8	0
Février	1	0	Août	2	0
Mars	8	0	Septembre	5	0
Avril	5	4	Octobre	4	1
Mai	12	1	Novembre	5	0
Juin	11	0	Décembre	4	3

Faug..., quarante ans. Épileptique.

Janvier	27	3	Juillet	14	17
Février	13	6	Août	14	9
Mars	10	10	Septembre	26	14
Avril	29	4	Octobre	11	3
Mai	15	6	Novembre	13	5
Juin	32	4	Décembre	16	6

Bec..., quarante-deux ans. Épileptique.

Janvier	1	1	Juillet	0	4
Février	0	1	Août	0	0
Mars	1	1	Septembre	0	3
Avril	0	0	Octobre	0	2
Mai	0	3	Novembre	0	0
Juin	1	4	Décembre	6	10

Lep.... vingt-trois ans. Epileptique.

Janvier	8	1	Juillet	5	2
Février	6	0	Août	7	0
Mars	12	1	Septembre	5	1
Avril	5	1	Octobre	6	2
Mai	7	0	Novembre	8	2
Juin	8	1	Décembre	5	5

Sore..., cinquante-six ans. Epileptique.

Janvier	0	0	Avril	4	0
Février	10	0	Mai	13	0
Mars	0	0	Juin	17	0

BROMURE	Attaques	Vertiges	TRAITEMENT LACTÉ ET NAPHTOLÉ	Attaques	Vertiges
Juillet.	6	0	Octobre. . . .	0	0
Août	7	0	Novembre. . .	0	0
Septembre. . .	0	0	Décembre . . .	0	0

GAUC..., quarante-cinq ans. Epileptique.

Janvier	1	3	Juillet.	0	5
Février	0	7	Août	0	15
Mars	1	12	Septembre. . .	3	10
Avril	0	13	Octobre	1	21
Mai.	0	6	Novembre. . .	0	10
Juin.	2	10	Décembre . . .	0	18

TIN..., quarante-trois ans. Epileptique.

Janvier	8	0	Juillet.	10	7
Février	11	0	Août	8	0
Mars	4	0	Septembre. . .	15	0
Avril	0	0	Octobre. . . .	0	0
Mai.	0	0	Novembre. . .	0	0
Juin.	0	0	Décembre . . .	0	0

BROC..., vingt-deux ans. Epileptique.

Janvier	2	0	Juillet.	9	1
Février	0	0	Août	8	0
Mars	6	1	Septembre. . .	11	0
Avril	8	1	Octobre	10	0
Mai.	23	2	Novembre. . .	12	0
Juin	19	0	Décembre. . .	10	0

ANCEL..., vingt-huit ans. Epileptique.

Janvier . . .	0	0	Juillet.	0	0
Février	0	0	Août	2	0
Mars	16	0	Septembre. . .	1	2
Avril	0	1	Octobre. . . .	1	3
Mai.	0	0	Novembre. . .	1	2
Juin	0	0	Décembre . . .	5	2

WILLEM..., vingt-deux ans. Epileptique.

Janvier	28	0	Juillet.	38	3
Février	18	0	Août	6	0
Mars	12	0	Septembre. . .	23	0
Avril	72	0	Octobre. . . .	46	0
Mai.	44	2	Novembre. . .	17	1
Juin	65	3	Décembre . . .	19	0

Lecom..., trente-sept ans. Epileptique.

BROMURE			TRAITEMENT LACTÉ ET NAPHTOLÉ		
	Attaques	Vertiges		Attaques	Vertiges
Janvier	7	18	Juillet.	7	25
Février	12	12	Août	5	17
Mars	12	9	Septembre. . .	5	25
Avril	13	9	Octobre. . . .	17	53
Mai.	6	17	Novembre. . .	0	0
Juin	4	16	Décembre . . .	0	0

Lim..., quarante-quatre ans. Épileptique.

Janvier	12	2	Juillet.	0	0
Février	0	0	Août	54	0
Mars	18	0	Septembre. . .	12	0
Avril	38	0	Octobre	0	1
Mai	58	0	Novembre . . .	77	0
Juin.	38	0	Décembre . . .	25	0

Fich..., cinquante-cinq ans. Épileptique.

Janvier	0	8	Juillet.	0	8
Février	0	4	Août	0	5
Mars	3	4	Septembre. . .	1	7
Avril	0	5	Octobre	1	5
Mai.	0	3	Novembre. . .	1	3
Juin.	1	1	Décembre . . .	1	6

Gou..., vingt-quatre ans. Épileptique.

Janvier	4	5	Juillet.	2	4
Février	6	7	Août	8	4
Mars	7	2	Septembre. . .	7	4
Avril	6	8	Octobre	7	8
Mai	2	5	Novembre . . .	7	0
Juin.	8	0	Décembre . . .	8	0

Fer..., trente et un ans. Épileptique.

Janvier	2	0	Juillet.	4	0
Février	2	1	Août.	5	0
Mars	2	2	Septembre. . .	4	0
Avril	6	4	Octobre	8	2
Mai.	9	3	Novembre . . .	3	1
Juin.	4	3	Décembre . . .	3	0

Choul..., vingt-six ans. Epileptique.

Janvier	2	5	Avril	5	4
Février	4	1	Mai.	1	4
Mars	0	3	Juin.	4	3

BROMURE	Attaques	Vertiges	TRAITEMENT LACTÉ ET NAPHTOLÉ	Attaques	Vertiges
Juillet.	1	13	Octobre	3	8
Août	0	6	Novembre. . .	0	5
Septembre. . .	3	13	Décembre . . .	3	9

BERN..., trente-six ans. Epileptique.

Janvier	6	3	Juillet.	8	13
Février	5	4	Août	6	6
Mars	8	5	Septembre. . .	5	6
Avril	9	10	Octobre	7	6
Mai	7	14	Novembre. . .	0	0
Juin.	1	2	Décembre . . .	0	0

Nous croyons donc que le bromure de potassium et le tribromure (bromure de potassium, de sodium et d'ammonium réunis ensemble) sont utiles surtout dans l'épilepsie réflexe. Ils diminuent l'excitabilité du sujet et le mettent en garde contre des crises; mais dans l'épilepsie générale d'origine infectieuse, telle que nous la comprenons, nous pensons que l'action est moins démontrée ou tout au moins insuffisante. Les purgatifs répétés, les antiseptiques intestinaux et les injections hypodermiques de sérum artificiel avec une bonne hygiène, la vie à la campagne et l'hydrothérapie, nous paraissent être la base d'un traitement rationnel appelé à améliorer le sort de ces pauvres malades. Puisqu'il y a intoxication, sans préjuger d'ailleurs de l'origine du poison (auto ou hétéro-infection), l'indication immédiate est de favoriser de toutes les façons possibles son élimination. Pour cela, nous avons plusieurs moyens à notre disposition.

Purgatifs. — Les troubles gastro-intestinaux et l'état saburral de la langue rendent la médication purgative tout indiquée. En même temps qu'elle fait disparaître ces symptômes, elle débarrasse le tube digestif d'une grande partie des produits toxiques qui peuvent s'y trouver et donne en quelque sorte un coup de fouet qui réveille la vitalité et l'activité de défense de l'intestin. Delasiauve avait déjà préconisé cette médication; il en tirait de bons résultats. Dès que nous sommes en face d'un épileptique qui présente cet état saburral précurseur d'un accès, nous lui faisons prendre une dose d'huile de ricin. Dans plusieurs cas où nous avons eu la chance d'intervenir à temps, cela a suffi pour faire avorter l'attaque épi-

leptique et nos malades s'en trouvent si bien qu'elles viennent d'elles-mêmes nous montrer leur langue et réclamer le médicament. On n'oubliera donc pas ce moyen thérapeutique, se rappelant qu'il doit ici être administré de bonne heure, dès le début de l'état gastrique. Quand une série d'accès est commencée, les purgatifs sont encore utiles ; nous avons vu, dans plusieurs cas, la série prendre rapidement fin sous leur influence, mais ici ils ne sont pas suffisants.

Antisepsie intestinale. — Depuis les travaux du professeur Bouchard, sur les auto-intoxications, la thérapeutique s'est enrichie d'une arme nouvelle. L'administration de naphtol ou de bétol à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme permet de faire de l'antisepsie, au moins relative du tube digestif. On a pu voir dans les tableaux précédents les résultats assez bons que nous a fournis son emploi. C'est un adjuvant puissant, mais seulement un adjuvant.

Lavages de l'estomac. — A côté de ces moyens d'action sur le tube digestif, il convient de placer les lavages d'estomac. Nous les avons essayés dans plusieurs cas et spécialement dans des états de mal ou dans des périodes d'excitation ou de trouble mental consécutifs aux accès. Ces lavages ont paru produire d'heureux effets chez Soliv... en particulier, à qui nous en avons fait pendant le trouble mental. Ce trouble a rapidement disparu en quelques jours au lieu de persister dix à quinze jours, comme c'est l'ordinaire chez elle. Chez les malades Curv... et Lep..., ces lavages ont contribué, une fois chez la première, deux fois chez la seconde, à arrêter l'état de mal. Tous ces moyens d'action sur le tube digestif sont bons en ce sens qu'ils empêchent l'intoxication de s'accroître, mais ils ne font pas éliminer à proprement parler. Les deux grandes voies d'élimination : c'est l'émonctoire urinaire et la peau.

Diurétiques. — L'emploi du régime lacté nous a déjà donné quelques résultats comme nous l'avons vu ; mais l'administration de tisanes diurétiques en assez grande abondance et de la lactose ont un effet plus puissant que le régime du lait exclusif. Le D[r] Dujardin-Beaumetz a attiré l'attention sur le pouvoir diurétique de la lactose employée à des doses qui varient de 40 et 50 grammes jusqu'à 100 grammes et plus. Nous l'employons journellement et nous avons plusieurs fois constaté ses bons effets, ainsi que ceux des tisanes diurétiques. C'est

surtout lorsque l'état saburral de la langue est très accentué avant les accès, ou bien lorsque les accidents sont déjà commencés et dans l'état de mal que cette médication nous paraît devoir être employée.

Hydrothérapie et frictions. — L'hydrothérapie est un précieux agent dont l'utilité est incontestable dans les cas qui nous intéressent. En même temps qu'elle agit sur l'état général, elle est un bon moyen de sédation quand elle est bien comprise et agit localement sur les fonctions de la peau. Dans beaucoup de circonstances, les douches brisées, prises d'une façon habituelle, nous ont donné de bons résultats, mais à la condition d'être courtes (20 secondes environ) et jamais administrées à plein jet sur la tête [1].

Chez les malades qui sont en état de mal épileptique avec élévation croissante de la température, les bains prolongés de deux à trois heures à la température de 32° à 34° ont été d'un heureux effet; de même dans les périodes d'excitation. La malade Lep... que nous avons soumise à ce traitement dans deux états de mal et une période d'excitation, a pu échapper à ces états graves qui entraînent si fréquemment la mort. Nous pensons donc que l'hydrothérapie mérite, à tous points de vue, d'attirer l'attention. Il en est de même du drap mouillé, des frictions sèches et des lotions alcoolisées qui ont pour résultat de stimuler la peau et d'activer ses fonctions éliminatrices.

Injection de sérum artificiel. — Nous avons essayé les injections sous-cutanées de sérums artificiels (formules de Hayem et formule de sérum concentré de Chéron). Chez plusieurs malades nous les avons employées avec succès dans l'état de mal, dans les accès sériels et lorsque les symptômes prémonitoires font leur apparition. L'indication de cette méthode est bien nette dans ces cas. Nous avons vu, en effet, que la tension artérielle s'abaisse avant l'accès et qu'en même temps le pouls devient souvent irrégulier. Or, les injections de sérum artificiel relèvent la tension vasculaire en même temps qu'elles poussent à l'élimination et stimulent l'organisme tout entier.

C'est en nous basant sur ces données physiologiques que nous avons été conduits à nous servir de ce moyen thérapeu-

[1] Nous nous permettrons de rappeler que tous les ans, depuis 1880, nous publions dans notre compe rendu de Bicêtre, des renseignements sur l'hydrothérapie. Voir aussi la thèse de Bricou. (B.)

tique. Les injections doivent être lentes et faites avec une seringue parfaitement stérilisée. Les doses que nous avons employées ont varié de 12 à 100 grammes par séance. Il va sans dire que le liquide doit être stérilisé en le portant à 125° dans une étuve et que toutes les précautions antiseptiques doivent être minutieusement prises du côté de la peau avant et après les injections. On recouvre ensuite le point piqué et toute la région d'une couche de collodion élastique. Lorsqu'on arrive aux doses de 40 et 50 grammes, il nous a semblé préférable de multiplier les points d'injections. Le massage un peu prolongé, qui facilite la résorption rapide du liquide, doit être fait après l'opération.

Seigle ergoté. — Nous devons ajouter ici le seigle ergoté en teinture alcoolique, dont l'effet n'est d'ailleurs pas bien expliqué. Déjà employé en Angleterre, il y était donné à des doses beaucoup plus fortes que celles que nous avons prescrites. Nos malades Soliv... et Hug... en ont pris, ces deux derniers mois, à la dose de 4 gouttes par jour en l'absence de tout autre traitement. Toutes deux sont restées pendant ces deux mois sans avoir d'agitation et de trouble mental, alors que la première était troublée d'ordinaire tous les mois, et la seconde plus souvent encore. Elles ont cependant eu des accès comme par le passé. En ce moment l'une et l'autre viennent d'avoir quelques attaques et sont dans une période d'agitation légère. Ce ne sont là que deux essais récents et dont nous ne chercherons pas à tirer encore de conclusion.

Depuis six mois nous employons en ce moment chez quatre de nos malades le *bromure de potassium associé à la pilocarpine* et nous obtenons une grande amélioration au point de vue de l'excitation maniaque. Les accès convulsifs sont à peu près aussi fréquents, ils ont lieu tous les mois, mais ils ne sont pas suivis de délire et d'agitation comme autrefois. Nous donnons à ces malades 6 à 7 grammes de bromure de potassium et 6 à 7 milligrammes de pilocarpine. Il y a un gramme de bromure et un milligramme de pilocarpine par cuillerée à soupe. A l'aide de ce médicament nous obtenons une diurèse plus abondante, mais pas de sueur et nous estimons que cette diurèse est la cause de l'amélioration que nous constatons.

Nous avons passé en revue les moyens thérapeutiques qui nous semblent devoir être utilisés chez les épileptiques vrais. Il nous reste à dire quand et comment nous les emploierons.

A notre avis ce n'est pas à l'un d'eux exclusivement qu'il faut avoir recours, on doit les combiner. Nous ne pensons pas non plus qu'il faille les continuer constamment chez un même malade. Lorsque l'épileptique commence à présenter les symptômes prémonitoires avec état saburral des voies digestives, nous le faisons immédiatement purger et nous lui prescrivons le naphtol pendant quelques jours. Le lendemain nous faisons prendre de la lactose (40 ou 60 grammes par jour), puis davantage, et des tisanes diurétiques. Quand les malades entrent malgré cela dans une série d'accès il faut alors faire des injections de sérum artificiel à doses progressivement croissantes chaque jour, et si l'état saburral persiste très accentué, laver l'estomac plusieurs jours de suite. Enfin dans l'état de mal et dans l'agitation, nous joignons à tous ces moyens thérapeutiques les bains prolongés et les frictions sèches ou alcoolisées.

Nous ne pensons pas, nous l'avons dit déjà, que ces médications soient à employer d'une façon continuelle entre les périodes d'accès. Il faut étudier les malades et les suivre, tâcher de découvrir quelle est la marche que suivent chez eux les accidents (accès isolés, en série, survenant régulièrement ou irrégulièrement) et instituer ce traitement complexe dès que les symptômes prémonitoires font leur apparition. On les continue tout le temps que dure l'état gastrique. Les douches seules peuvent être continuées et doivent être prises de la façon que nous avons dite précédemment. Quand les voies digestives sont nettoyées, nous administrons ensuite un des médicaments internes dont nous avons parlé plus haut, et plus spécialement le bromure de potassium seul ou associé aux autres bromures ou encore aux antiseptiques intestinaux. Son administration est interrompue de temps en temps.

Appendice. — Au moment de terminer ce mémoire, nous devons ajouter l'observation suivante que le hasard nous a fournie et qui viendra à l'appui de ce que nous avons avancé, aussi bien dans la pathogénie que dans le traitement de l'épilepsie générale.

Curv..., vingt-trois ans. Epilepsie. — *Antécédents héréditaires :* père bien portant, mère hystérique, migraineuse, aurait eu la fièvre typhoïde en 1870.

Grossesse bonne mais accompagnée de chagrins; accouchement à terme normal.

Antécédents personnels : a parlé et marché de bonne heure. Convulsions pendant la dentition jusqu'à cinq ans; elle avait des petits vertiges. A huit ans elle fit une chute dans une cave. Depuis ce moment elle eut de nombreux vertiges et des fugues inconscientes. A partir de dix ans, elle présente des accès épileptiques fréquents, souvent suivis de grand et de petit mal intellectuel. Son intelligence a baissé beaucoup : elle a perdu la mémoire. Le 3 août 1893 elle entre dans une série d'accès, dans un véritable état de mal avec une température élevée, 40°. Hébétude, état saburral des voies digestives très prononcé; on la purge et on supprime le bromure. Le 7 août nouvelle purgation.

Le 11 août lavage de l'estomac; abaissement de la température. Le 13 et le 14 août injection de 24 et 80 grammes de sérum artificiel, la tension artérielle restant basse, le pouls étant faible et les bruits du cœur un peu sourds on lui fait prendre de la caféine. Le 17 août les accès ont disparu, l'intelligence revient progressivement, la température est normale. En janvier 1894 elle prend 4 grammes de bromure par jour depuis longtemps. Le malade présente :

1 accès convulsif	le 16 janvier.	5 accès	le 21 janvier.
1 vertige . . .	le 18 —	10 accès, 3 vertiges	le 23 —
1 accès	le 19 —	5 accès	le 24 —
1 accès	le 20 —	29 accès	le 25 —

On la purge le 24 janvier et on supprime le bromure de potassium. Le 25 vers une heure de l'après-midi, elle entre en état de mal. Nous lui faisons prendre un lavement glycériné et un bain prolongé à la température de 34°.

A 9 heures du soir la malade est dans un état des plus graves. La terminaison fatale semble imminente. La température sous les aisselles dépasse 40°,5; les lèvres et les extrémités sont cyanosées, le teint verdâtre, la peau reste agglutinée quand on la pince, le pouls est à peine sensible, la respiration très difficile. L'abrutissement est complet. On ne peut obtenir aucune réponse. La malade n'émet pas même un son inintelligible. Les yeux vagues roulent constamment dans leur orbite; la langue est sèche et rôtie, les lèvres fuligineuses, les dents sont serrées, c'est à peine si l'on parvient à faire boire un peu la malade. Nous ordonnons la prescription suivante :

1° Lotions sur tout le corps à 10 heures du soir, à 1 heure et à 4 heures du matin avec

Eau.	3 litres.
Sublimé 1 p. 1000. . .	1/4 de litre.
Alcool.	1/2 litre.

frictions sèches après ces lotions.

2° Lavements froids avec 0,50 de bétol, à 11 heures et demie du soir et à 5 heures du matin.

3° Pendant toute la nuit faire boire le plus possible de la préparation suivante :

Eau.	500	grammes.
Lactose	100	—
Acide lactique.	15	—

4° Le matin, 6 heures, un bain à 32°.

Pendant le bain la malade a uriné abondamment et évacué des matières fécales en grande quantité. Durant la nuit ces évacuations et ces mictions sont répétées très abondantes. La température qui était montée progressivement à 38°,5, puis à 39° et 40°, est descendue à 37°. Le 26 janvier la malade est encore un peu ahurie et cependant elle articule quelques mots qui sont des réponses sensées et comprend lorsqu'on la prie de montrer la langue ; mais elle répète ensuite constamment ce mouvement. La peau a repris l'aspect normal, les extrémités ne sont pas cyanosées. La langue encore un peu chargée est humide et ne peut être comparée à ce qu'elle était la veille.

Du 27 au 31 janvier la malade n'a pas d'accès, mais l'état saburral de la langue persiste encore. Dans la nuit du 31 janvier au 1er février. Curv... a un accès et sa température monte à 38°

Pendant les deux premiers jours de février elle a 51 accès. La température monte à 39°, puis à 40°,1. Le même traitement est institué après un bain prolongé de trois heures et plusieurs lotions ; la température descend à 38°,4, mais à 5 heures du soir elle remonte à 39°,2 ; on lui injecte alors 15 grammes de sérum artificiel concentré (formule de Chéron). Dans la nuit elle a encore 6 accès. Le 3 et le 4 février, la température est encore à 39°, mais les accès n'ont pas reparu.

Le 5 après un grand bain froid à 32° prolongé, la température tombe à 37°, un lavement détermine une grande évacuation de matières fécales.

Le 6 et le 7 février l'amélioration se maintient et à partir de cette date et jusqu'à ce jour, 23 février, la malade est tout à fait revenue à elle-même et vaque à ses occupations.

Nous avons tenu à rapporter cet exemple survenu au dernier moment, et nous sommes convaincus que d'autres semblables se multiplieront à l'avenir. Jusqu'ici sur 8 états de mal que nous avons observés et dans lesquels nous avons agi de la même façon, nous n'avons eu qu'un décès par hémorragie méningée.

CONCLUSIONS :

1° L'épilepsie générale est une maladie héréditaire et ses manifestations sous la dépendance d'une disposition particulière du système nerveux;

2° L'épilepsie générale. suivant les causes déterminantes, peut être divisée en deux classes : épilepsie réflexe, épilepsie par intoxication;

3° L'épilepsie réflexe ne s'accompagne pas de troubles gastro-intestinaux, ni d'état saburral. Elle est moins grave;

4° L'épilepsie par intoxication est toujours précédée et accompagnée de symptômes gastro-intestinaux. Elle est plus grave;

5° L'épilepsie par intoxication peut relever d'une auto ou d'une hétéro-infection;

6° L'épilepsie réflexe peut se transformer en épilepsie infectieuse et prendre ses symptômes, sa marche et sa terminaison;

7° Dans l'épilepsie par intoxication, lorsqu'un état de mal s'accompagne d'hémiplégie corticale, on voit souvent ensuite, avec la démence épileptique ordinaire, une sorte de tabes spasmodique ou diplégie cérébrale;

8° Le traitement doit viser deux points : 1° la prédisposition; 2° les accidents de l'épilepsie;

9° Les bromures agissent sur la prédisposition du système nerveux, mais ces médicaments doivent être employés à des doses variées et suspendus quand paraissent les troubles gastriques. Il faut y joindre une hygiène et une alimentation convenables;

10° Les médications visant les accidents épileptiques ne doivent pas être continuées entre les périodes d'accès;

11° Les accidents de l'épilepsie par intoxication peuvent être prévus et doivent être combattus dès que les symptômes prémonitoires apparaissent;

12° Dans l'épilepsie générale vraie, par intoxication,

on devra enrayer l'empoisonnement et favoriser l'élimination des produits toxiques par : 1° les purgatifs; 2° l'antisepsie intestinale; 3° les lavages de l'estomac; 4° les diurétiques; 5° les injections de sérum artificiel; 6° l'hydrothérapie, les bains prolongés, les frictions sèches et les lotions alcoolisées.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. Les conditions de l'excitabilité électrique du système nerveux périphérique de l'homme dans le jeune age et ses rapports avec la structure anatomique du même système; par A. Westphal. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXVI, 1.)

A. Dans les premières semaines de la vie, jusqu'à une certaine période qui n'est pas la même dans tous les cas, les nerfs et les muscles sont bien plus difficiles à exciter que les nerfs et les muscles des adultes (XI tableaux résumant les examens électriques). A quoi cela tient-il ?

B. Les recherches anatomiques suivantes vont nous le dire.

Vingt-six analyses ont été pratiquées chez le nouveau-né et l'adulte jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans. Elles ont démontré que :

1° Chez le nouveau-né les gaines de myéline des nerfs périphériques sont bien différentes de celles de l'adulte. Les manchons en question, bien plus minces, présentent souvent des interruptions sur une étendue considérable; le dépôt de myéline est irrégulier. L'acide osmique colore la myéline des nerfs périphériques du nouveau-né en vert ou en gris jaunâtre et non en noir; les quelques fibres du nouveau-né colorées en noir n'ont pas le ton noir foncé saturé des fibres de l'adulte. L'acide chromique ne les colore pas en jaune ou en jaunâtre; elles deviennent rougeâtres sous l'action du carmin, bleuâtres, sous l'action de la nigrosine. On n'y constate point la structure concentrique. Les liquides décolorants agissent bien plus vite et bien plus activement que chez l'adulte (méthode de Weigert et de Pal); 2° à certaines périodes post-embryonnaires précoces, un certain nombre de cylindraxes prennent par l'acide osmique un ton verdâtre et non blanchâtre ou gris blanchâtre, et encore souvent notable quantité de cylindraxes d'ailleurs très volumi-

neux demeurent-ils indemnes de toute couleur. On voit parfois un commencement de dépôt de myéline sur les cylindraxes à leur périphérie cela notamment aux troisième et sixième semaines de la naissance; 3° Les fibres périphériques des nouveau-nés qui n'ont pas encore de manchons de myéline sont dépourvues des étranglements de Ranvier; 4° Les gaines de Schwann des nouveau-nés ont des noyaux très volumineux surtout si on les compare à la largeur des fibres. Ces noyaux sont fréquemment entourés de masses protoplasmiques granuleuses et étendues; ils parraissent plus nombreux que chez l'adulte; 5° Les fibres nerveuses périphériques du nouveau-né sont considérablement plus étroites que celles des adultes. Leur largeur moyenne est à peu près le cinquième du diamètre des fibres adultes. Jamais elles n'atteignent le maximum de largeur des fibres adultes. Les minima des diamètres des fibres sont les mêmes chez l'adulte et le nouveau-né, mais on trouve chez le nouveau-né beaucoup plus de fibres à minimas. Fréquence caractéristique de fibres très fines variqueuses chez le nouveau-né; 6° L'endonerf et le périnerf, très développés chez le nouveau-né, se distinguent du tissu interstitiel du nerf de l'adulte par une grande richesse de noyaux; 7° A partir de la naissance la structure des fibres nerveuses périphériques se développe; les manchons de myéline se forment progressivement et alors se développent tous les autres éléments des fibres nerveuses; 8° Dans la deuxième et la troisième année de la vie le développement des manchons de myéline et de toutes les fibres périphériques est très voisin de l'état parfait des fibres de l'adulte, mais il ne l'a pas encore complètement atteint; 9° La période des troisième à sixième semaines de la vie est un stade important du développement des manchons de myéline. A cette époque, la formation myélinique s'est notablement accrue par rapport à l'état postembryonnaire du premier âge. Aussi voit-on le long de nombreux cylindraxes volumineux nus apparaître de la myéline dont on suit toutes les phases; 10° Mais le développement des manchons de myéline et celui de toutes les fibres nerveuses périphériques est irrégulier. Il y a souvent des différences considérables chez le même individu dans ses divers nerfs ou dans chacun des trousseaux nerveux à la même époque du même enfant; 11° Il est impossible de déterminer la loi de formation des manchons de myéline aux divers endroits de développement d'un nerf.

Quant aux muscles, les fibres musculaires des nouveau-nés presque absolument rondes, ou partiellement circulaires, sont déjà, à la troisième semaine de la vie, en partie polygonales. Chez un enfant d'un an on a constaté un nombre imposant de grandes fibres rondes et cylindriques entre d'autres petites fibres polygonales. Largeur bien moindre que de celles de l'adulte; les plus larges mesurent 28 μ, c'est-à-dire moins que les fibres les plus étroites de l'adulte (30 μ); aux époques postembryonnaires on trouve des fibres très étroites de 5 à 10 μ, ces dimensions progressent très irrégulièrement. La longueur des *bourgeons musculaires* de l'enfance est de 40 à 70 μ; les fibres, contenues dans l'enveloppe, stratifiées, au nombre de 4 à 14, rondes ou cylindriques, ont un diamètre moyen de 7 μ : une partie d'entre elles possèdent un noyau collé contre la paroi ou un noyau central : des nerfs et des vaisseaux

rampent tout près du germe musculaire sans encore le pénétrer. La caractéristique du muscle infantile est dans sa richesse en noyaux et dans leur disposition. Très nombreux dans le sarcolemme, ils sont en séries linéaires ou en tas, accolés à cette enveloppe. Parfois cependant ils sont centraux, surtout dans les fibres qui occupent l'intérieur du bourgeon musculaire. En tout cas leur volume est souvent très considérable, et le tissu interstitiel est aussi très riche en noyaux. En conséquence :

La bien moindre largeur des fibres nerveuses et musculaires, l'absence d'étranglements des fibres nerveuses, la richesse en gros noyaux du parenchyme et du tissu interstitiel, l'allure des cylindraxes pendant les stades postembryonnaires précoces, le non-développement des manchons de myéline expliquent, sans qu'on puisse assigner le rôle joué par chacun de ces facteurs, les différences d'excitabilité fonctionnelle entre le nouveau-né et l'adulte. Il est fort probable que le développement des manchons de myéline est particulièrement coupable.

Suit une intéressante application des études embryogéniques (*C.*) et anatamopathologiques (*D.*) à ces données-là. La progression précédemment établie n'a malheureusement pas encore puisé de sanction réciproque dans la détermination exacte de la régression des nerfs normaux infantiles ou adultes. Ce qui est, quoique cela, extrêmement probable, c'est que la fibre normale doit être tenue pour le prolongement cylindraxile protoplasmique de la cellule nerveuse ganglionnaire centrale et que la formation ou la différenciation du cylindraxe est parallèle à la production de la myéline.

P. KERAVAL.

II. CONTRIBUTION A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET AU COMPLEXUS SYMPTOMATIQUE CLINIQUE DES AFFECTIONS MULTILOCULAIRES DE L'ENCÉPHALE; par M. KŒPPEN. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXVI, 1.)

OBSERVATION I. — Troubles de la parole. Attaques congestives; réaction pupillaire défectueuse; nystagmus; strabisme divergent. Pseudosymptôme de de Græfe. *Périencéphalite angiomateuse*. Artério-sclérose.

C'est une démence paralytique avec excessive vascularisation, en foyers occupant l'écorce du lobe frontal, des ascendantes, du lobe temporal et de l'insula. Çà et là atteinte de la substance blanche et des cavités grises centrales jusqu'au début du quatrième ventricule. Atrophie complète des éléments nerveux, fibres et cellules. Extrême altération des vaisseaux. Syphilis probable, mais les vaisseaux n'en présentent pas traces.

OBS. II. — Démence; hypocondrie; hémiplégie gauche; hémiparésie droite. Atrophie des extenseurs de l'avant-bras. Réaction pupillaire conservée. Intégrité de la parole. Dans l'écorce de l'hémisphère droit, atrophie avec cavités et cicatrices.

Il s'agit d'une paralysie générale traumatique consécutive à une lésion en foyer (hémorragie pie-mérienne et corticale) déterminée par une contusion de la tête. Les lésions diffuses généralisées en ont été la conséquence; puis s'est produite la dégénérescence secondaire unilatérale et de la poliomyélite cervicale.

Obs. III. — Démence; accès vertigineux; raideur musculaire et attitude de la paralysie agitante; rétropulsion. Artério-sclérose. Mort consécutive à une apoplexie. Foyers multiples de ramollissement.

Ramollissement chronique du cerveau par artério-sclérose ayant détruit la substance blanche avec dégénérescence des faisceaux postérieurs, antérieurs et latéraux de la moelle par altération des faisceaux antérieurs dans les pyramides. P. K.

III. Etudes anatomiques sur des cerveaux d'aliénés; par Schloess. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XII, 3.)

Examen de la surface cérébrale de cinquante-deux aliénés héréditaires dont sept idiots (nombreuses planches). Ces cerveaux ressembleraient aux cerveaux de criminels de Benedikt (anastomose fréquente des sillons, présence de sillons accessoires). Il arrive assez souvent que le cerveau laisse plus ou moins à découvert le cervelet. Les anomalies des circonvolutions témoignent de types rétrocédant ou de formations ataviques; exemples : quatre circonvolutions frontales latérales comme dans les cerveaux de carnassiers, anomalies du sillon calloso-marginal, présence du sillon orbitaire externe.

Il y aurait donc une parenté entre l'homme né pour le crime et celui qui en naissant présente une prédisposition à la folie; le substratum organique de l'anomalie psychique réside dans les anomalies cérébrales.

Comparant les cerveaux d'individus dont le développement psychique est très élevé avec ceux des criminels et avec les siens, M. Schlœss trouve que, « en général, on ne saurait nier qu'il n'y ait un accord remarquable entre les états anatomiques des cerveaux de personnes très intelligentes, et ceux des cerveaux de criminels et d'aliénés héréditairement prédisposés », mais « il n'existe pas encore assez de matériaux pour qu'on puisse conclure avec certitude »; « l'homme de génie est-il, tout comme le criminel et l'aliéné héréditaires, un individu taré? c'est une question insoluble, jusqu'ici du moins, par l'étude de l'anatomie cérébrale. » P. Keraval.

IV. Le phénomène du genou et l'équilibration de la jambe; par Sommer. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XII, 3.)

On place le sujet à examiner sur un banc bien plan; le genou dépasse le bord de ce banc. Le jarret repose sur un appui en collier

moelleux qui soutient ainsi la cuisse et l'immobilise; la jambe de tout son poids, pend en dehors du collier. On la charge de faire équilibre à un poids suspendu à une corde qui se réfléchit au plafond sur une poulie et vient s'attacher au-dessus des malléoles par un manchette de crin; la jambe ainsi suspendue en équilibre n'a donc plus de poids. On la fléchit sur la cuisse à un angle de 45° de sorte que les contractions produites sur elle par le choc du tendon rotulien se transmettront à la corde qui agira sur un levier; celui-ci inscrira ces contractions sur un tambour en rotation.

On a vu par cet appareil que, en frappant le tendon tricipital, on obtient non un simple réflexe, mais une alternative de tensions dans les muscles antagonistes, comme dans le clonus podalique. La courbe d'enregistrement est dite courbe *pendulaire physiologique.* Par ce procédé on constate aussi d'une manière frappante l'existence du réflexe croisé dans l'exagération de l'excitabilité réflexe, ainsi que l'existence du réflexe tendineux dans certains cas où par la méthode ordinaire, ce dernier paraît manquer.

P. K.

V. Contribution a la connaissance de l'anatomie pathologique de la paralysie agitante et de ses rapports avec certaines maladies nerveuses de la vieillesse; par E. Redlich. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XII, 3.)

Il y a, dit M. Redlich, une lésion anatomique fixe qui est la cause de la maladie de Parkinson. L'auteur en possède sept observations dont deux dans ce mémoire. On constatait ce qui suit dans l'espèce.

C'était dans la moelle, surtout dans les cordons postérieurs et latéraux, une *sclérose périvasculaire*, moins prononcée dans les autres parties de la substance blanche, affectant la forme d'îlots petits. La lésion, d'une netteté très grande dans les cordons postérieurs, était constituée par de nombreux vaisseaux, à lumière très rétrécie, à tunique interne légèrement proliférante, à tunique moyenne fort épaissie. En dehors de cette dernière, tissu grenu très épais qui avait donné naissance à la condensation scléreuse. Par confluence, se forment de gros foyers avec altérations des fibres nerveuses; dans les petits foyers scléreux, les fibres nerveuses conservent leur aspect normal. Les parties internes et antérieures des cordons postérieurs sont la plupart du temps le plus gravement atteintes; dans les cordons latéraux, les altérations ont leur maximum de netteté dans la zone qui correspond à peu près aux faisceaux latéraux des pyramides. Suivant la hauteur de la moelle, il y a des différences dans l'intensité de la lésion; on peut presque en désigner deux centres : l'un qui occupe la moelle lom-

baire, l'autre, le renflement cervical. En somme il s'agit d'une endo et périartérite avec propagation du processus inflammatoire aux alentours des vaisseaux.

Il convient d'en rapprocher les altérations séniles de la moelle (observation), car alors c'est à ces altérations qu'on peut rattacher l'oblitération du canal central, la pigmentation des cellules nerveuses, l'abondance des corps amyloïdes, que l'on trouve aussi dans la paralysie agitante. Quant à l'épaississement des vaisseaux, il n'atteint jamais dans la moelle de vieillards autrement bien portants le haut degré qu'il atteint dans la paralysie agitante; chez le vieillard, on ne rencontre pas la couche grenue externe des vaisseaux, ni la sclérose périvasculaire.

Ces lésions anatomiques expliquent la contracture de la paralysie agitante. (Voy. Demange, *Contracture tabétique.*)

La plus forte atteinte de la moelle cervicale explique la rigidité des extrémités supérieures et celle des muscles du cou. L'atteinte du bulbe est en rapport avec les symptômes des nerfs craniens, le masque de la physionomie, le trouble spécial de la parole. Quant au tremblement, symptôme le plus important et le plus précoce, de la paralysie agitante, il n'a pas de substratum anatamo-pathologique. P. K.

VI. Des lésions anatomiques de la moelle dans les cas de tumeurs cérébrales; par C. Mayer. (*Jahrbuch. f. Psychiat.*, XII, 3.)

Deux observations de tumeurs cérébrales avec absences partielles de réflexes, lésion récente des cordons postérieurs qui paraît plutôt purement fortuite :

Observation I. — Gliôme du volume d'un œuf de poule implanté dans la couche blanche sous-corticale correspondant au rameau antérieur de la sylvienne, ayant absorbé l'écorce et repoussant à la périphérie l'opercule et le pied de la troisième frontale gauche comprimés. La parésie des extrémités droites tenait à l'atteinte indirecte de la capsule interne. L'absence des réflexes patellaires pourrait s'expliquer par la lésion de la zone d'entrée radiculaire de la moelle lombaire et dorsale inférieure.

Observation II. — Endothéliome gros comme une petite pomme originaire de l'extrémité antérieure de la grande faux du cerveau, ayant usé l'os frontal, comprimé et déplacé les lobes frontaux. Ramollissement jaune citron de ces deux lobes. Quelques altérations dans la moelle lombaire supérieure et dans la partie de ce segment qui confine à la moelle dorsale, mais elles sont trop minimes pour qu'on y puisse rattacher l'abolition des réflexes patellaires; cette abolition résulte plutôt de processus d'arrêt cérébral dus à la tumeur. P. K.

VII. SUR LA NOUVELLE MÉTHODE DE COLORATION DE L'ENSEMBLE DU SYSTÈME NERVEUX DE ROSIN ET SES REMARQUES SUR LES CELLULES NERVEUSES; par F. NISSL. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.) — RÉPLIQUE AUX CRITIQUES DE NISSL; par H. ROSIN. (*Ibid.*)

Polémique engagée entre les deux histologistes, aussi délicate que leurs études, ainsi qu'on peut s'en rendre compte en lisant l'exposé des faits qu'ils ont avancés et des interprétations minutieuses (chimie microscopique) qu'ils proposent. Ces mémoires ont été analysés en leur temps. Rien de nouveau dans la polémique. Aux micrographes à colorer et à juger. P. K.

VIII. UN TUBERCULE SOLITAIRE DANS LE PÉDONCULE CÉRÉBRAL DROIT OU DANS LA CALOTTE, AVEC DÉGÉNÉRESCENCE DU RUBAN DE REIL; par J. E. GREIWE. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Tubercule siégeant dans la région de la calotte du pédoncule; dégénérescence des tubercules quadrijumeaux antérieur et postérieur droits, dégénérescence de la formation réticulaire, du pédoncule cérébelleux supérieur, du ruban de Reil latéral et médian, légère dégénérescence du ruban de Reil médian du côté gauche. La dégénérescence décroît en descendant, si bien que, dans la protubérance, il n'y a que la portion interne du ruban de Reil médian à droite, et la formation réticulaire, qui soient encore atteints. A l'extrémité la plus inférieure de la protubérance, la dégénérescence du ruban de Reil médian n'est que très minime, mais on la voit encore nette en bas sur le côté droit dans le territoire de la couche intermédiaire des olives. Au niveau du champ moyen de cette couche, il y a une légère déchéance des fibres transverses, et, à côté, une dégénérescence circonscrite dans le corps restiforme, dans la zone où émergent les racines de l'acoustique. Pas de dégénérescence dans les noyaux des cordons grêles et cunéiformes. La moelle présente une altération douteuse au niveau du cinquième postérieur des cordons postérieurs. Dégénérescence très accentuée dans la couche optique et dans les deux nerfs optiques sans lésion de la bandelette optique. Pas d'altération dans les nerfs périphériques. P. K.

IX. NOUVELLE COMMUNICATION RELATIVE A L'ÉTUDE DU TRAJET CENTRAL DE L'ACOUSTIQUE; par S. KIRILZEW. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Recherches expérimentales. L'auteur en déduit ce qui suit :

1. Ni le noyau interne de l'acoustique, ni le noyau de Deiters ne sont les lieux de terminaison de la racine postérieure de l'auditif. — 2. Les fibres de la racine postérieure en question se terminent

dans le noyau antérieur, dans le tubercule acoustique, dans les deux olives supérieures, dans le tubercule quadrijumeau postérieur du côté opposé. Une insignifiante fraction de fibres se termine peut-être aussi dans le tubercule quadrijumeau postérieur du même côté. Donc tous les organes suprà dénommés sont des centres primaires des racines postérieures de l'auditif, c'est-à-dire du nerf cochléaire. — 3. Les fibres des racines postérieures qui se terminent dans les olives supérieures, et dans le tubercule quadrijumeau postérieur, vont par les olives, dans le corps trapézoïde, et par le tubercule quadrijumeau, dans le corps trapézoïde et le ruban de Reil inférieur. — 4. Les stries médullaires ou acoustiques (barbes du calamus) se composent de deux faisceaux : un gros faisceau appartenant à la région cérébrale, un faisceau plus petit appartenant au plan inférieur (caudal). *A*. Le gros faisceau vient du tubercule acoustique, contourne le corps restiforme de dehors en dedans et de haut en bas, et, par une trajectoire oblique et antérieure (ventrale), va au raphé où il s'entre-croise en arrière du corps trapézoïde avec celui du côté opposé, puis se termine en partie dans l'olive supérieure opposée; mais sa plus grande portion, en s'ajoutant au ruban de Reil inférieur, va au tubercule quadrijumeau postérieur dans lequel elle se termine probablement. Une fraction insignifiante des fibres de ce trousseau va, en apparence du moins, à l'olive supérieure du même côté, et aussi au tubercule quadrijumeau inférieur du même côté. *B*. Le petit faisceau vient du noyau antérieur. Il commence, comme le gros, à contourner le corps restiforme, descend directement entre la partie externe et la partie interne de ce dernier, dans une direction antérieure, se dirige sur le côté médian de la racine ascendante du trijumeau et va, inclinant sur la ligne médiane, à l'olive supérieure du même côté et du côté opposé, formant entre-croisement dans le raphé en arrière du corps trapézoïde. Quelques-unes de ses fibres, plus inférieures, passent dans le noyau du facial du même côté. Le trajet et les connexions anatomiques des stries acoustiques (barbes du calamus) imposent l'idée qu'elles constituent un faisceau d'association central, affectant des rapports intimes avec les centres primaires de la racine postérieure de l'acoustique. — 5. Le ruban de Reil inférieur contient les fibres qui vont à l'olive supérieure du même côté, et qui unissent celle-ci avec le tubercule quadrijumeau postérieur. Il n'y a pas de raison de douter de l'existence de fibres analogues allant à l'olive supérieure du côté opposé. — 6. Dans le corps trapézoïde passent les fibres du ruban de Reil inférieur qui vont au noyau antérieur et unissent ce noyau avec le tubercule quadrijumeau inférieur du côté opposé. — 7. La racine antérieure du nerf acoustique (d'après nos recherches sous ce rapport d'ailleurs infructueuses) passe en bas en partie dans le noyau de Bechterew, en partie dans la racine ascendante de l'acoustique de Roller. P. K.

X. Un cas de défectuosité congénitale du peaucier du cou; par E. Remak. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Individu bien portant, présentant une espèce de paralysie partielle du facial localisée dans les muscles mentonniers du côté gauche semblable à celle que C. Fuerst a décrite à la suite de l'extirpation des tumeurs ganglionnaires sous et rétro-maxillaires. Chez ce malade l'insuffisance du carré et du triangulaire du menton marche avec celle du peaucier du cou du côté gauche : intégrité de l'élévateur du menton. Le courant faradique ne fait contracter ni le carré, ni le triangulaire du menton, ni le peaucier du cou du côté gauche tandis qu'à droite, l'application du courant au point moteur symétrique, produit la contraction normale du triangulaire et du carré du menton, ainsi que de l'élévation du menton. Cette simultanéité de la difformité et de l'anomalie fonctionnelle indique une relation anatomique entre les muscles du menton et le peaucier du cou. Comme il n'y a point eu de traumatisme, par exemple, par application de forceps, il y a lieu de penser à une anomalie de formation congénitale. P. K.

XI. Des rapports réciproques de l'anesthésie ordinaire et de l'anesthésie sensorielle (diminution de fonction des organes des sens) a la lumière des études cliniques et expérimentales; par W. de Bechterew. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

L'auteur montre l'insuffisance de la théorie du carrefour sensitif pour expliquer l'anesthésie sensorielle qui accompagne l'hémianesthésie du corps. L'amblyopie qui accompagne toujours l'hémianesthésie organique ou fonctionnelle et siège du même côté que cette hémianesthésie (Féré, Lannegrâce, Bechterew) résulte de la diminution de la sensibilité générale du globe de l'œil qui fait partie intégrante de l'hémianesthésie (Lannegrâce). M. Kuprewitsch a réalisé dans le laboratoire de M. de Bechterew une expérience confirmative. Il a réussi à détruire dans le bulbe la racine ascendante (sensitive) du trijumeau ; il a ainsi obtenu une hémianesthésie faciale et céphalique de la sensibilité tactile et douloureuse ; avec elle est survenue de l'amblyopie du côté anesthésique et de l'affaiblissement de la fonction des autres sens du même côté. L'affaiblissement des sens spéciaux est donc bien la résultante de la suppression de leur sensibilité générale. Quel en est le mécanisme ? Est-ce par un trouble de nutrition des éléments sensoriels ? On n'en constate pas. Il vaut mieux l'attribuer à des troubles vaso-moteurs. L'auteur a constaté un rétrécissement (spasmodique) des artères rétiniennes; il doit donc y avoir ischémie de l'ensemble des appareils constituant l'organe visuel, olfactif, gustatif, auditif; cette ischémie explique l'affaiblissement des fonctions de la vue, etc. P. K.

XII. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MOUVEMENTS ASSOCIÉS PARTICULIERS DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE PARÉSIÉE DANS LA BLÉPHAROPTOSE UNILATÉRALE CONGÉNITALE; par M. BERNHARDT. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Cette infirmité porte sur la paupière supérieure droite, le malade, un jeune homme de dix-neuf ans ne peut ouvrir cet œil ni seul, ni en commun avec l'œil gauche. Mais s'il ouvre largement la bouche (abaissement du maxillaire inférieur) voici que la paupière supérieure droite se lève et reste levée tant que la mâchoire reste bée. Il obtient le même résultat en déplaçant le maxillaire inférieur à gauche, en criant et chantant; la paupière s'élève plus ou moins suivant le degré d'ouverture de l'orifice buccal. Pendant la mastication, la paupière s'élève et s'abaisse en même temps que les mouvements de mastication. Or, la contraction des masséters et des temporaux n'influence point la paupière en question, tant que la bouche reste fermée. Ajoutons que quand la bouche est largement ouverte le malade peut non seulement ouvrir l'œil droit complètement, mais le fermer aussi complètement indépendamment de l'œil gauche.

Evidemment c'est le ventre antérieur du digastrique et le mylo-hyoïdien qui exercent cette influence sur l'élévateur de la paupière supérieure droite; dans le mouvement de rotation du maxillaire inférieur à gauche, c'est l'action des ptérygoïdiens du même côté que la blépharoptose qui se réfléchit sur la paupière supérieure. Il y a restitution du mouvement volontaire par action réflexe, par suite du voisinage des noyaux moteurs du trijumeau et de l'oculo-moteur. C'est l'histoire des mouvements associés dans les membres paralysés. Le bâillement ne s'accompagne-t-il pas en pareil cas de mouvements dans le bras hémiplégique seul ou de concert avec le membre du côté non paralysé. P. K.

XIII. DES FIBRES NERVEUSES A MYÉLINE DE L'ÉCORCE DU CERVEAU DE L'HOMME; par Th. KAES. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Nouvelle numération des fibres sur 3 cerveaux d'hommes de quarante-deux, quarante-cinq, cinquante-trois ans. Il semble qu'à l'âge de quarante ans, graduellement, il se fasse une pause dans le développement; à ce moment les couches II et III atteignent la largeur du ruban des fibres d'association externes y compris la raie de Baillarger. P. K.

XIV. DU FAISCEAU OLIVAIRE DE LA PORTION CERVICALE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par W. DE BECHTEREW. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Le faisceau central de la calotte de l'auteur (1885), qui part des olives inférieures et va au cerveau, est bien le faisceau triangulaire

d'Helweg au moins dans ses traits essentiels. Il appartient aux systèmes de la moelle à développement tardif, car la plupart de ces fibres ne prennent leurs manchons de myéline qu'après le faisceau pyramidal. Il appartient à la moelle cervicale et, pour une part aussi, à la portion inférieure du bulbe. Au niveau de la partie supérieure du renflement cervical, entre les racines antérieures, il affecte la forme d'un petit ménisque qui disparaît à l'extrémité inférieure de la grosse olive. Le segment inférieur de ce faisceau se trouve entre le cordon antérieur et le cordon latéral, au point d'émergence des racines antérieures. Il monte en grossissant rapidement, se dirige de plus en plus en avant, et va, au lieu de passage dans le bulbe, jusqu'à la région des voies pyramidales antérieures. Sur une coupe transverse, il est bien triangulaire mais rien que dans la portion moyenne de la moelle cervicale; plus bas près de son origine, il a plutôt la forme d'un petit ménisque; il est tout à fait triangulaire quand il passe dans le bulbe. Se dirigeant donc de plus en plus en avant, au point de passage de la moelle dans le bulbe, il touche finalement, dans la partie inférieure du bulbe, les voies pyramidales, où il disparaît au point où apparaît la grosse olive; il se rend dans le segment antéro-externe de celle-ci. Ses fibres, fines, prennent leur origine dans la corne antérieure.

Les rapports avec les grosses olives ou olives inférieures indiquent la légitimité de sa désignation : faisceau olivaire de la moelle cervicale. Comme de l'autre côté de ces olives part, dans la direction du cerveau, le faisceau central de la calotte, il est évident que celui-ci et celui-là appartiennent à un seul système de fibres interrompu, dans son trajet, par les olives inférieures. On sait aussi que celles-ci donnent naissance à de nombreuses fibres qui vont au corps restiforme du côté opposé, et de là au cervelet.

Son développement, relativement tardif chez le nouveau-né, permet de le voir très nettement dans le faisceau antéro-externe de Gowers et Bechterew. Ce dernier, placé par Gowers à la partie supérieure de la région cervicale, au niveau de la troisième paire, se dirigerait, sous la forme d'un trousseau mince, entre les voies pyramidales et cérébelleuses. On pourrait le suivre, dans les plans inférieurs à la périphérie de la moelle, jusque près des voies pyramidales antérieures, ce qui, d'après nous, n'est pas tout à fait exact, car nous n'avons jamais pu le suivre chez les embryons au delà de la région des racines antérieures. P. K.

XV. Méthode simple de constater l'hémianopsie; par D. Axenfeld. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Quand un individu, invité à partager en deux parties égales une ligne horizontale, en ne la regardant que d'un œil, commet avec cet œil toujours la même erreur, c'est-à-dire quand il en apprécie

invariablement la même moitié trop petite, et quand, à la vision binoculaire, il commet la même erreur, mais dans des proportions encore plus grandes, on est en présence d'une hémianopsie homonyme latérale qui siège du même côté que la moitié trop petite à la ligne horizontale partagée en deux. Ceci permet de se passer de périmètre et de découvrir la simulation. P. K.

XVI. Des différents modes de station chez l'homme sain; par M. Paul Richer. (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, 1894, n° 2.)

Etude à la fois anatomique, physiologique et artistique. D'abord une définition générale des stations du corps. Ce sont les manières les plus simples de se tenir au repos sans que le corps soit complètement abandonné à l'action de la pesanteur. Toute station donc est un acte de résistance aux lois de la pesanteur.

Les modes de station qu'il importe surtout d'analyser avec soin sont : le mode de station verticale droite ou symétrique, celui de cette même station sur la pointe des pieds, celui de la station verticale hanchée ou asymétrique. Les autres stations ne sont que des modifications ou des combinaisons de celles-ci; ainsi la station sur un pied, la station à genoux, la station assise.

Dans toutes ces stations, les différents segments du corps, plus ou moins mobiles naturellement les uns sur les autres, doivent cependant être maintenus dans un état d'extension réciproque. On a fait plusieurs théories, quant à la cause qui maintient ainsi cette extension réciproque des différents segments du corps. La théorie purement musculaire est la plus ancienne, puis la théorie mécanique qui fait uniquement intervenir l'extension des ligaments articulaires, enfin la théorie de Giraud-Teulon basée sur la tonicité musculaire. Pour M. Paul Richer, la contraction musculaire, la distension des ligaments et la tonicité musculaire, ces trois éléments interviennent tous, concurremment ou isolément, selon les articulations considérées. Sa théorie est éclectique et il en prouve le bien fondé.

Voici un aperçu de l'étude de la station verticale symétrique, il suffit pour donner une idée du très intéressant travail de M. Paul Richer. Dans ce mode de station, le corps est droit, vertical, les pieds se touchent par les talons et font ensuite l'un avec l'autre un angle de 35°. Le poids de la tête et du tronc est transmis aux membres inférieurs par l'intermédiaire de la ceinture, du sacrum et des os iliaques. La ligne de gravité, c'est-à-dire la ligne qui passe par le centre de gravité du corps, arrive en bas, en avant de l'articulation tibio-tarsienne, dans un plan transversal situé en avant de l'apophyse du cinquième métatarsien. Prolongée par en haut, cette ligne passe en avant du moignon de l'épaule et traverse le pavillon de l'oreille vers son milieu. Il serait trop long de relater

ici le procédé ingénieux employé par l'auteur pour déterminer le lieu précis du centre de gravité chez l'homme en station verticale.

La tête en station sur la colonne vertébrale, la ligne de gravité passe un peu en avant de l'articulation occipito-atloïdienne. La tête tomberait donc en avant si elle n'était pas maintenue par les muscles de la nuque en contraction légère. C'est un levier du premier genre. La théorie musculaire trouve là une confirmation complète, c'est la contraction musculaire qui maintient l'extension de la tête, mais elle est très peu forte, les muscles ne font pas de saillie.

L'équilibre des diverses pièces du rachis s'établit aussi par un levier du premier genre, le point d'appui est au centre du corps de la vertèbre, la résistance est un peu en avant de lui, à la ligne de gravité, et la puissance est représentée par les muscles du dos et du cou. Aux lombes, la ligne de gravité passe en arrière des vertèbres, la puissance alors est aux muscles de l'abdomen, les muscles lombaires n'agissent pas.

Dans la station du tronc sur les cuisses, l'équilibre est instable par suite de la conformation de l'articulation de la hanche, tout le corps appuyant sur la tête du fémur libre dans la cavité cotyloïde. Or, les fesses sont en relâchement, l'observation le démontre; les muscles fessiers n'interviennent donc pas, contrairement à ce qu'on pourrait croire de prime abord, pour maintenir la station du tronc sur les cuisses. La ligne de gravité passe en arrière de l'axe transversal qui joindrait le centre des deux articulations de la hanche, la puissance doit par conséquent se trouver en avant de cet axe, et elle est réalisée par la distension du ligament de Bertin situé à la partie antérieure de l'articulation, et en même temps par quelques muscles de cette région. Les fessiers n'agissent, en réalité, que pour rectifier l'équilibre quand le tronc penche en avant.

Quant à la station des cuisses sur le tibia, la ligne de gravité passant en avant de l'articulation du genou, cette articulation est maintenue en extension par la pesanteur et par la distension des ligaments articulaires, principalement par la distension du ligament croisé. Il faut aussi faire intervenir la distension des muscles jumeaux.

Dans la station des jambes sur les pieds, la ligne de gravité passant en avant de l'articulation, laquelle ne possède pas de ligaments capables de limiter les mouvements en avant ou en arrière, la puissance qui empêche le corps de tomber en avant est le muscle gastro-cnémien. Il est distendu et non contracté, sinon la pointe du pied s'abaisserait.

Dans la station enfin des pieds sur le sol, le pied repose sur le talon, par son bord externe et par sa partie antérieure.

Ces considérations exposées vient la description des formes extérieures dans la station verticale symétrique. Les deux moitiés du

corps sont symétriques. L'axe des épaules est dans un plan horizontal qui passe par la deuxième pièce du sternum. Les différents segments du corps forment une ligne brisée dont les angles sont très ouverts. L'axe des hanches est toujours en avant de l'axe des épaules. La distance qui sépare les deux verticales passant par les axes des épaules et des hanches égale 7 à 8 centimètres. Cette mesure est très importante, elle varie avec la courbure des reins, etc., etc. Quant aux caractères morphologiques, le ventre est légèrement tendu, les muscles spinaux, aux reins, forment un relief mou et arrondi. Les fesses sont aplaties, de forme quadrilatère, à angles arrondis. Le pli fessier est profond. Les cuisses sont bridées latéralement par l'aponévrose. En bas et en avant on voit le relief caractéristique du relâchement du triceps. La rotule est descendue et saillante. Le jarret est tendu, les muscles du mollet sont nettement marqués. La ligne de gravité tombe dans l'espace recouvert par les deux pieds et le triangle qui les sépare, ce qui permet au corps de s'incliner en tous sens d'une certaine quantité. Avec des souliers rigides, très longs, il est remarquable combien le corps peut, sans tomber, s'incliner en avant. Attitudes que le corps prend quand il supporte des fardeaux, etc.

Ces quelques lignes suffiront, je l'espère, pour faire saisir l'importance du travail de M. Paul Richer. Au point de vue purement artistique, ce travail constitue une sorte d'anatomie raisonnée des formes extérieures du corps humain, avec les modifications que, physiologiquement, les changements d'attitudes entraînent dans cette morphologie. Au point de vue médical, son importance est plus grande encore, il est le préliminaire nécessaire de toutes les recherches sur les affections générales du squelette, des articulations et des muscles ; et de fait, il constitue, dans la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, le premier chapitre d'une série d'articles sur les myopathies et sur les athropathies nerveuses. CAMUSET.

XVII. DE LA STATION ET DE LA MARCHE CHEZ LES MYOPATHIQUES; par M. Paul RICHER. (*Nouvelle iconogr. de la Salpêtrière*, 1894, nº 3.)

Considérations cliniques et physiologiques sur la station et la marche chez les myopathiques, à propos d'une femme myopathique de la Salpêtrière dont les muscles, tout en ayant à peu près conservé leurs reliefs ordinaires, sont excessivement faibles. Malgré cette impuissance fonctionnelle presque absolue, la malade se tient debout en équilibre stable et elle peut marcher.

La raison en est que la station debout exige que les différents axes du corps soient maintenus en extension les uns sur les autres et fixés ainsi, et que pour réaliser cette disposition, le système musculaire n'a pas, comme on le croyait autrefois, un rôle prépondérant. Rappelant les propositions établies par lui dans un

précédent travail analysé dans ce journal : *Des différents modes de station chez l'homme sain*, M. Paul Richer fait voir successivement : qu'une légère contraction des muscles de la nuque suffit pour maintenir la tête droite sur le cou. — Chez la malade, la tête est précisément un peu inclinée en avant par suite de la faiblesse de ces muscles. — Que l'équilibre du bassin sur les cuisses est maintenu, non par les contractions des fessiers, mais par la pesanteur et l'extension des ligaments antérieurs de l'articulation de la hanche. Que les genoux sont maintenus en extension par le fait des ligaments croisés. Que l'articulation de la jambe avec le pied enfin est fixée par le muscle gastro-cnémien qui, dans ce cas, agit comme un ligament; il est tendu et non contracté. Les muscles du mollet deviennent, du reste, parfois trop courts, il en résulte le pied équin qui n'est pas rare chez les myopathiques.

Quelles que soient les déformations du tronc dépendant d'une atrophie ou d'une rétraction musculaires, l'attitude des arthropathiques a toujours les mêmes caractères que l'attitude physiologique. Tout dépend des lois mécaniques connues maintenant, et en particulier du passage de la ligne de gravité en arrière de l'articulation de la hanche et en avant de celle du genou. L'obliquité physiologique des axes les uns sur les autres augmente même chez les atrophiés dans le but d'assurer une stabilité plus grande; la base de sustentation se trouve ainsi augmentée dans le sens antéro-postérieur.

On a établi deux types selon que la ligne de gravité passe très en arrière du centre articulaire de la hanche, ou au contraire qu'elle passe en avant de lui. Dans ce dernier cas, le plan des épaules est antérieur à celui des hanches, et le tronc est incliné en avant. Dans le premier la disposition est inverse, et le tronc est plus ou moins fortement incliné en arrière. C'est à ce type d'inclinaison en arrière que se rattache d'une manière générale la station des myopathiques et des atrophiques.

L'étude de la marche des myopathiques est précédée d'une étude physiologique de la marche, laquelle n'est pas la reproduction simple des doctrines classiques sur le sujet, elle est au contraire remplie d'aperçus personnels à l'auteur qu'on ne peut que signaler seulement ici. A relever cependant que le grand fessier a un rôle très restreint dans la marche. Les moyens fessiers entrent au contraire en contraction à chaque pas du côté de la jambe portante, et cette contraction dure tout le temps de l'appui unilatéral. Elle s'oppose ainsi à la chute latérale du bassin entraîné par le poids du membre oscillant, et cependant le bassin incline un petit peu de ce côté.

Les myopathiques marchent *en canard*, terme vulgaire mais très juste. Cela tient à une inclinaison exagérée latérale du bassin du côté de la jambe oscillante, et ensuite à une inclinaison du tronc

rejeté en son entier du côté opposé, c'est-à-dire du côté de la jambe portante. La cause en est dans la faiblesse du moyen fessier. L'action du torse, elle, est une action de compensation pour maintenir la ligne de gravité dans le pied portant. — Ces explications physiologiques sont très justes, la preuve en est par exemple dans le fait d'un autre malade du service. Ce sujet n'a qu'un seul moyen fessier atrophié, celui du côté droit. La chute latérale du bassin ne se produit que dans l'appui latéral de la jambe droite, c'est-à-dire qu'il se produit à gauche. Par suite, le tronc s'incline à droite.

En terminant son travail, l'auteur rappelle ce que disait Charcot de l'importance des études morphologiques humaines si utile aux nosographes et aux cliniciens. A noter enfin que ce qu'il peut y avoir d'un peu abstrait dans l'étude de M. Paul Richer est rendu clair et facile par les nombreuses figures et photographies intercalées dans le texte. CAMUSET.

XVIII. RAPPORT DE L'ORIGINE DES NERFS RACHIDIENS AVEC LES APOPHYSES ÉPINEUSES; par M. A. CHIPAULT. (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1894, n° 4.)

Pour trouver les rapports cherchés rapports dont on comprend l'utilité au point de vue de la médecine opératoire, l'auteur a employé un procédé inédit. Ce procédé est basé sur l'emploi de dessins juxtaposés et représentant très exactement les régions diverses du rachis, du rachis ouvert, du rachis et de la dure-mère ouverts. — La moelle a sa limite inférieure aux environs de la première apophyse épineuse lombaire, elle descend un peu plus bas chez la femme adulte, ce qui tient à la plus grande courbure lombaire chez elle. Chez l'enfant, elle descend au même niveau que chez l'homme adulte, sans différence sexuelle. Chez le nouveau-né, elle va jusqu'à la partie inférieure de la deuxième apophyse épineuse lombaire. Les trous de conjugaison ne s'élèvent que fort peu au-dessus des apophyses épineuses de leurs vertèbres correspondantes. — Les paires nerveuses ne sortent pas de suite du rachis, elles suivent un trajet intra-rachidien oblique de haut en bas et en dehors, avant d'arriver à leurs trous de sortie. La question intéressante, pour le chirurgien, est de savoir à quelle apophyse épineuse correspond, pour une racine donnée, le point de départ médullaire de ce trajet. Ce qui simplifie la recherche, c'est que les quatre racines homologues naissent au même niveau. La longueur de ce trajet présente de nombreuses variations individuelles, mais l'auteur a quand même trouvé une formule dont l'application donne des résultats suffisamment exacts pour la pratique.

A la région cervicale, il faut ajouter 1 au numéro d'une apophyse déterminée par le palper, pour avoir le numéro de la racine qui

naît à ce niveau. A la région dorsale supérieure, il faut ajouter 2. A partir de la sixième apophyse épineuse jusqu'à la onzième, ajouter 3. La partie inférieure de la onzième apophyse dorsale et l'espace interépineux sous-jacent répondent aux trois dernières paires lombaires. La douzième dorsale et l'espace sous-jacent, aux paires sacrées.

Il faut modifier légèrement ces formules pour les enfants, chez eux les paires des nerfs vertébraux naissent un peu plus haut que chez les adultes, ce qui tient au développement de la moelle dorsale qui, vers six ou sept ans, s'allonge proportionnellement plus que le rachis dans lequel elle est contenue. C.

XIX. Le nerf labyrinthique; par M. Pierre Bonnier.
(*Nouvelle iconog. de la Salpêtrière*, 1894, n° 6.)

M. Bonnier expose d'une façon très précise, en s'étayant sur l'anatomie, l'embryogénie et l'anatomie pathologique, les origines et les connexions du nerf auditif. Il établit, et c'est un des points les plus importants de son étude, l'homologation du nerf labyrinthique et des faisceaux nerveux divers qui le composent. C'est ainsi qu'il fait voir que le nerf labyrinthique est l'homologue d'une racine spinale postérieure, et qu'il démontre que le nerf vestibulaire est avant tout cérébelleux, alors que le nerf cochléaire est plutôt cérébral. Les fibres d'origine de ce dernier arrivent aux régions corticales, temporales et pariétales. L'étude du cerveau d'un sourd-muet permet même de localiser à la pariétale ascendante le lieu exact d'origine. Comme c'est là également qu'aboutissent les fibres originaires du faisceau de Goll, il est facile de déduire le rôle de ces conducteurs vestibulaires et médullaires vis-à-vis de la motricité volontaire appliquée à l'équilibration.

La seconde partie de ce travail est consacrée à l'interprétation, par les données anatomiques susindiquées, de la physiologie du nerf auditif. Tout d'abord l'auteur énumère toutes les fonctions qu'il attribue aux papilles de l'oreille interne. L'audition est la plus consciente des fonctions auriculaires, mais c'est la plus récemment acquise, l'immense majorité des êtres pourvus d'oreilles ou d'appareils analogues n'entend pas. En réalité ces appareils ont une double fonction : 1° ils servent à renseigner l'animal sur les attitudes et variations d'attitude des segments qui portent l'appareil de signification auriculaire, c'est l'*orientation subjective directe;* 2° ils le renseignent sur la pression et les variations de pression du milieu qui le baigne. L'audition n'est que la perception de variations très légères et très rapides de la pression ambiante, dues à la propagation d'ondes alternativement dilatantes et condensantes. Voici selon l'auteur les diverses formes des deux grandes fonctions :

1° Les crêtes ampullaires nous fournissent les notions d'attitude et de variations d'attitude du segment céphalique, avec le sens, la durée et la vitesse de ces variations. C'est l'*orientation subjective directe*. — 2° La macule utriculaire renseigne sur la tension et les variations de tension des liquides labyrinthiques et endocrâniens. — 3° Elle indique aussi les variations de tension dues aux variations lentes du milieu ambiant. — 4° La macule sacculaire nous permet d'apprécier l'incidence des ébranlements communiqués. — 5° Le tympan sphérique, qui la recouvre, la rend accessible aux variations rapides de pression extérieure. — 6° La papille cochléaire perçoit les mêmes ébranlements et les classe selon l'acuité (fonctions auditives). — 7° Toutes les papilles recouvertes de formations inertes sont sensibles aux trépidations communiquées à celles-ci par la paroi osseuse sous-jacente. — 8° Enfin, à l'orientation objective correspond l'orientation subjective directe qui nous permet de définir notre position dans un espace objectivement connu.

M. Bonnier termine en recherchant pour chacune de ces fonctions, les centres et les conducteurs utilisés. Notons seulement une de ces études, celles du signe de Romberg, parce qu'elle nous intéresse particulièrement.

L'équilibration consciente ou non est étayée sur trois sources d'informations périphériques : la vue, laquelle est supprimée dans la recherche du signe de Romberg; il reste l'orientation subjective directe et le sens des attitudes segmentaires (sens musculaire). L'orientation exige l'intégrité des conducteurs et noyaux des nerfs ampullaires, le sens des attitudes dépend de celle des cordons postérieurs de la moelle et des noyaux correspondants. Suivant que l'un ou l'autre ou l'un et l'autre de ces appareils est lésé, le signe de Romberg prend des caractères différents. Dans le tabes, les cordons postérieurs, seuls atteints, le sujet sent parfaitement les oscillations et cherche à rectifier l'attitude, mais il ne peut y arriver et ne fait que des gestes incohérents, non parce qu'il y a trouble de la motricité, mais parce qu'il ne sait où prendre les mouvements convenables, les images d'attitudes segmentaires étant viciées ou absentes. Quand, dans le tabes, le nerf labyrinthique est aussi envahi par la sclérose, le sujet tombe sans même s'en douter, il n'a pas besoin de rectifier une attitude qu'il n'a pas même senti se fausser. C'est le signe de Romberg complet. C.

XX. Un cas de bidactylie de la main droite par amputation congénitale; par M. Leclerc. (*Nouvelle iconog. de la Salpêtrière*, 1894, n° 4.)

Le sujet est une femme appartenant à une famille nombreuse dont aucun des membres n'a présenté d'arrêt de développement. — La main droite est bidactyle, il ne reste que le pouce et l'auri-

culaire, tous deux atrophiés. Pas la moindre cicatrice sur les moignons dont la peau est très lisse. Le membre supérieur droit est légèrement atrophié — Y a-t-il eu arrêt de développement ou amputation intra-utérine? Il est difficile d'être affirmatif à cet égard; mais l'auteur, tenant compte de la belle constitution du sujet, de l'absence de tout arrêt de développement et de tout signe de dégénérescence dans la famille, croit, malgré l'absence de cicatrice, qu'il s'agit d'un cas d'amputation intra-utérine; la cicatrice aurait disparu avec le temps (?). C.

XXI. Deux cas d'hermaphrodisme antique; par M. Meige. (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, 1895, n° 1.)

On a pensé que l'hermaphrodisme antique était purement conventionnel. « L'art, a-t-on dit, peut être considéré comme le créateur du type hermaphrodique. » La proposition est trop absolue ; le type idéalisé par les Grecs n'est pas en contradiction avec toutes les données de la nature.

Les hermaphrodites anciens, au point de vue esthétique, sont beaux. Or, que présente la nature ? — D'abord on n'a pas d'exemple authentique d'un hermaprodite véritable, c'est-à-dire d'un être qui serait à la fois, anatomiquement ou physiologiquement, homme et femme. En revanche, on rencontre des individus qui ont leurs organes sexuels atrophiés, déformés au point qu'il est parfois difficile de reconnaître leur véritable sexe. De tels sujets, ordinairement porteurs d'autres tares physiques, n'ont guère dû tenter le pinceau ou le ciseau des artistes. Mais il n'est pas rare de voir d'autres personnages qui ont avec des organes sexuels simplement arrêtés dans leur développement et non déformés, les attributs sexuels secondaires du sexe opposé. Ce sont ceux-là qui, idéalisés par les artistes grecs, sont devenues les Eros, les Ganymèdes, les Bacchus.

Ces hermaphrodites antiques existent donc encore de nos jours, ce sont ces sujets que nous diagnostiquons atteints d'infantilisme ou de féminisme.

Et l'auteur donne deux observations détaillées, l'une d'infantilisme, l'autre de féminisme, mais aucune description ne peut remplacer les photographies des sujets jointes à son texte.

Il existe des collections nombreuses d'hermaphrodites antiques, quelques-uns sont célèbres dans le monde artistique. On peut les diviser en deux groupes. Le premier comprend des personnages conventionnels qui renferment réunis les caractères de la beauté pris dans l'un et l'autre sexe, c'est l'art idéal, aucun exemple n'est l'expression d'une vérité morphologique. Ainsi une statue figure un corps de femme très bien modelé avec les organes génitaux mâles très développés. — Le second groupe est naturel, c'est la copie de

la nature idéalisée. Ce sont les hermaphrodites dont Platon admirait la beauté hybride. Les lignes du corps tiennent à la fois de celles de l'homme, de la femme et de l'enfant. Les deux sexes sont représentés par leurs attributs, mais peu accentués. Les seins sont petits mais bien faits, les organes mâles sont ceux d'un enfant de six ans, la figure est celle d'un éphèbe. CAMUSET.

XXII. L'ANATOMIE FINE DE LA RÉGION INFUNDIBULAIRE DU CERVEAU COMPRENANT LA GLANDE PITUITAIRE; par Henry BERKLEY. (*Brain*, part. IV, 1894.)

L'auteur a fait ses recherches chez douze chiens de races diverses et chez six souris. Il a étudié successivement la glande pituitaire, la région infundibulaire, la névroglie des parois ventriculaires, les éléments nerveux du tuber cinereum et enfin des corps mamillaires. Neuf planches hors texte renfermant trente figures représentant des préparations faites avec la méthode de Golgi, avec cette méthode modifiée par l'auteur avec l'acide picrique, et avec la méthode de Nissl. Il nous est impossible de donner l'analyse de ce travail important qui est essentiellement descriptif et ne comporte point de conclusion. P. S.

XXIII. OBSERVATIONS SUR LES RELATIONS CENTRALES DU GLOSSO-PHARYNGIEN, DE L'ACCESSOIRE ET DE L'HYPOGLOSSE A PROPOS D'UN CAS DE PARALYSIE BULBAIRE; par W. Adrien TURNER et W. BULLOCH. (*Brain*, part. IV, 1894.)

Il s'agit d'une femme de soixante-six ans présentant de la paralysie des lèvres, de la langue et du voile du palais; un défaut d'articulation et de déglutition; puis elle présenta de la paralysie des cordes vocales et une atrophie des interosseux des mains; pas d'affection des muscles de l'œil, ni de ceux de la mastication. Durée d'environ deux ans et demi. A l'autopsie, dégénération des cellules ganglionnaires du noyau de l'hypoglosse, du noyau ambiguis (noyau moteur du nerf vague et du glosso-pharyngien), du noyau facial, et des cornes antérieures de la moelle dans les régions cervicale et dorsale. Légère sclérose des cordons pyramidaux croisés. Les conclusions de ce travail sont que le noyau principal de l'hypoglosse est la seule source des racines du nerf hypoglosse. Les fibres propres du noyau proviennent pour une grande part des pyramides. Les autres fibres afférentes viennent de la formation réticulaire. Le nucléus ambiguus est le noyau d'origine des fibres motrices du glosso-pharyngien et du spinal, et la source d'innervation du muscle releveur du voile du palais, des muscles thyro-aryténoïdiens et probablement aussi des muscles du pharynx. Le noyau postérieur du glosso-pharyngien est le noyau terminal des

processus cylindraxiles des cellules ganglionnaires au-dessus du tronc des nerfs glosso-pharyngien et pneumogastrique.

Le tronc du facial reçoit un large apport de fibres du faisceau longitudinal postérieur du côté opposé, qui vient probablement du noyau du moteur oculaire commun. Le groupe de cellules postéro-latéral de la corne antérieure de la moelle est le moins affecté et le dernier dans la polyomyélite progressive chronique, et, comme l'a montré Mingazzini, il est probablement en rapport avec les mécanismes réflexes de la moelle. P. S.

XXIV. Connexions centrales de certains nerfs craniens; par Aldren Turner.

L'auteur signale quelques points spéciaux des connexions fibrillaires d'origine de la cinquième paire et des nerfs hypoglosse, vague et glosso-pharyngien.

Il tire ses arguments de plusieurs observations de paralysie bulbaire et de la section expérimentale du glosso-pharyngien. (*British Medical Journal*, 22 septembre 1894.) A. Marie.

XXV. Dégénérations consécutives a la lésion expérimentale du cervelet; par Risien Russel et Alf. Campell.

Ces auteurs par des expériences sur les animaux d'une part, corroborées par cinq observations cliniques suivies d'examen histologiques complets concluent à la dégénération du tractus cérébelleux direct, consécutivement à l'altération de l'hémisphère cérébelleux correspondant du même côté. La dégénération secondaire s'étend d'une part jusqu'aux colonnes postéro-externes de la moelle jusqu'à la région dorsale. Le corps dentelé détruit dans le cervelet amène une atrophie contra-latérale. Ces faits sembleraient venir à l'encontre de ceux de Flechsig, Mott, Tooth et autres d'après lesquels les faisceaux cérébelleux directs étaient considérés comme centripètes. (*British Medical Journal*, 22 septembre 1894.)

A. Marie.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XXIII. Remarques sur deux cent cinquante cas d'épilepsie ; par R.-K. Macalester. (*New-York Medical Journal*, 27 janvier et 24 février 1894.)

L'auteur étudie les données fournies par ces 250 cas au double point de vue de l'étiologie et de la symptomatologie.

A. Étiologie. — 1° *Hérédité*. On a recherché les antécédents névropathiques dans 169 de ces cas, et on les a rencontrés dans 52. Les causes prédisposantes ou provocatrices sont ensuite indiquées par ordre de fréquence. — 2° *Excès*. On les a constatés 44 fois : l'alcoolisme des parents (avec ou sans excès de tabac) est noté 10 fois, celui des malades eux-mêmes 14 fois; l'abus du tabac seul 2 fois; les excès vénériens 9 fois ; le surmenage physique ou mental, 9 fois. — 3° *Convulsions infantiles :* notées 29 fois. — 4° *Traumatisme* suivi d'épilepsie vraie et persistante a été noté 24 fois; dans 23 cas la lésion portait sur la tête ou le corps, et dans un seul cas sur les nerfs périphériques. — 5° *Phtisie :* notée 17 fois chez les ascendants, 3 fois chez les malades eux-mêmes. — 6° *Affections fébriles aiguës :* notées 17 fois. — 7° *Hémiplégie infantile :* notée 16 fois. — 8° *Frayeur et émotions :* 11 fois. — 9° *Longueur de l'accouchement, dystocie :* 10 fois. — 10° *Affections gastro-intestinales :* 4 fois. — 11° *Action des hautes températures* (naturelles ou artificielles) : 4 fois. — 12° *Chorée :* 3 fois. — 13° *Syphilis :* congénitale, 1 fois; acquise, 2 fois. — 14° *Grossesse :* 2 fois, et *avortement :* 1 fois. — 15° *Ménopause :* 3 fois. — 16° *Rachitisme :* 2 fois. — 17° *Vaccination toxique :* 1 fois. — 18° *Mauvaise nourriture :* 1 fois. — Enfin, on a noté comme précédant ou accompagnant assez souvent le début de la maladie, la menstruation, le mariage, la masturbation et la dépression mentale.

Sur les 250 malades observés, on trouve 138 hommes et 112 femmes. — En ce qui touche l'âge auquel l'épilepsie est apparue, les chiffres de l'auteur sont les suivants, sur 197 cas : de zéro à cinq ans, 51 cas; de cinq à dix ans, 26 cas; de dix à vingt ans, 65 cas; de vingt à quarante ans, 48 cas; au-dessus de quarante ans, 7 cas.

B. Symptomatologie. — 1° *Aura*, observée seulement 42 fois. — 2° *Nature de l'attaque*, constatée 212 fois, qui se répartissent ainsi : haut mal, 87 fois; forme mixte, 69 fois; petit mal, 34 fois;

haut mal avec épilepsie jacksonienne, 14 fois; épilepsie rotatoire, 2 fois, et épilepsie psychique, 6 fois. — 3° *Fréquence des attaques*, notée 167 fois : une ou deux attaques par mois dans 44 cas; attaques irrégulières ou groupes irréguliers d'attaques dans 41 cas; une ou plusieurs attaques quotidiennes dans 29 cas; une ou deux attaques par semaine dans 28 cas; une ou deux attaques par an dans 25 cas. — 4° *Heures des attaques*, notées dans 126 cas : dans 59 cas, les attaques se montraient indifféremment le jour et la nuit; dans 47 cas, le jour exclusivement, et dans 20 cas exclusivement la nuit. — 5° *Etat mental :* on a constaté dans 36 cas des troubles mentaux caractérisés par de l'affaiblissement des facultés intellectuelles ou de la mélancolie; dans 10 cas, de l'irritabilité et une humeur querelleuse; dans 5 cas, l'idiotie. — 6° *Stigmates*, constatés 29 fois, et pouvant se ramener aux quelques vices de conformation suivants : arrêt de développement de la tête et du corps, oreilles irrégulières, de dimensions anormales ou non lobulées, saillie du front en avant, inégalité pupillaire, élévation et voussure anormales de la voûte palatine, dents inégales, mal développées, chevauchant les unes sur les autres, tête difforme ou bizarrement conformée, asymétrie du visage ou du crâne, occlusion prématurée ou ouverture persistante des fontanelles, etc. — 7° *Hémiplégie*. L'hémiplégie infantile a été indiquée au paragraphe de l'étiologie, l'hémiplégie transitoire qui survient après l'attaque d'épilepsie, ou en d'autres termes l'hémiplégie dite post-épileptique a été rencontrée six fois. — 8° *Epilepsie psychique*. Dans ce paragraphe, l'auteur donne l'observation résumée de quatre cas intéressants, deux cas d'épilepsie avec automatisme, un cas d'épilepsie rotatoire, et un cas d'épilepsie psychique (petit mal); ces quatre cas montrent combien divers et multiples peuvent être les équivalents psychiques de l'épilepsie; l'auteur insiste sur l'utilité médico-légale du diagnostic de l'épilepsie psychique. — Il termine par quelques considérations sur le *traitement*, et constate que c'est encore la vieille médication bromurée qui tient et garde le premier rang; il y a lieu de croire. toutefois, d'après les résultats déjà obtenus, que, judicieusement employée dans certains cas déterminés, la médication opiacée préconisée par Flechsig donnera de réels avantages et constituera une précieuse addition à l'arsenal de la thérapeutique anti-épileptique.

R. de Musgrave Clay.

XXIV. Un cas d'agoraphobie; par Neville Taylor. (*The New-York Medical Journal*, 30 mars 1895.)

Il s'agit d'un cas d'agoraphophie vulgaire, et le seul point remarquable de l'observation est l'absence de toute hérédité névropathique, et de toute autre étiologie vraisemblable, à moins qu'on ne veuille incriminer l'abus que fait le malade de la cigarette.

R. M.-C.

XXV. SUR LA MÉLANCOLIE : ANALYSE DE 730 CAS; par W.-F. FARQUHARSON. (*The Journal of Mental Science*, avril 1894.)

Les conclusions de cet important travail sont les suivantes : 1° parmi les cas de folie observés dans les asiles, la mélancolie est à peu près moitié moins fréquente que la manie; 2° les fluctuations qui surviennent dans l'état des affaires, les grèves, etc., l'apparition de maladies épidémiques comme l'influenza, ou l'existence de tout autre facteur capable de modifier d'une façon générale la santé publique, exercent une influence appréciable sur la fréquence de la mélancolie dans une région donnée; 3° dans les comtés où l'auteur a fait ses observations (comtés de Cumberland et de Westmorland), la mélancolie a paru plus fréquente chez les femmes que chez les hommes; 4° dans les cas de mélancolie traités à l'asile de Garlands, la proportion des guérisons a été plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et la proportion totale des guérisons a été beaucoup plus élevée pour les cas de mélancolie que pour les cas de manie observés pendant la même période; 5° dans la majorité des cas, la dépression mentale s'accompagne tôt ou tard de délusions; les cas de dépression simple, sans délusions, sont ceux dont le pronostic est le plus favorable; 6° dans les cas observés à l'asile de Garlands, la tendance au suicide existait dans la proportion de plus de 65 p. 100, et dans plus de la moitié des cas où se rencontrait cette impulsion au suicide, il y avait eu au moins une tentative; 7° dans un grand nombre de cas, la dépression mentale est associée à des lésions organiques bien nettes : à l'asile de Garlands, c'est surtout la phtisie pulmonaire qui a été observée dans ces conditions; 8° le taux de la mortalité dans la mélancolie a été un peu plus élevé chez les hommes que chez les femmes : la cause de mort la plus commune a été la phtisie pulmonaire, et, en seconde ligne, l'épuisement résultant de la mélancolie elle-même; 9° la mélancolie apparaît le plus communément entre trente et soixante ans; elle est proportionnellement moins fréquente que la manie durant les premières périodes de la vie; elle l'est davantage, au contraire, à un âge avancé. Les chances de guérison sont d'autant plus grandes, que la mélancolie a fait son apparition chez un sujet plus jeune, et, en règle générale, ces chances décroissent dans la même proportion que s'accroît l'âge du sujet à l'apparition du trouble mental : toutefois, la guérison peut être obtenue, même à un âge avancé; 10° la durée d'une crise de mélancolie avant l'internement du malade dans un asile a une grande influence sur la terminaison de l'affection mentale : plus on met de promptitude à interner le malade, plus il a de chances de guérir. Le taux des guérisons dans les rechutes de courte durée est supérieur au taux fourni par les premières crises d'égale durée; 11° la durée du traitement à l'asile est extrêmement variable : dans un très grand

nombre de cas, la guérison est obtenue en quelques mois; d'autre part, la mélancolie peut guérir même après un séjour de plusieurs années dans un asile; 12° la proportion des mélancoliques sortis de l'asile guéris et qui y sont rentrés pour des rechutes a été de 15 p. 100; 13° la mélancolie est une des formes de l'aliénation dans lesquelles l'influence de la prédisposition héréditaire est le plus nettement apparente : dans les cas héréditaires, l'apparition du trouble mental est ordinairement plus précoce, les rechutes sont plus fréquentes, le taux des guérisons est plus élevé et le taux mortuaire est plus faible que dans les cas qui ne relèvent pas de l'hérédité; 14° le plus ordinairement, la crise de mélancolie a une cause physique; il est moins commun de lui trouver une origine morale ou mentale; 15° les indications essentielles du traitement consistent à ramener l'organisme physique à l'état normal, et à substituer aux conceptions morbides de l'imagination, qui rendent la vie insupportable au malade, un retour à la régularité du fonctionnement intellectuel. R. de Musgrave Clay.

XXVI. La folie de la ménopause; par E. Goodhall et M. Craig. (*The Journal of Mental Science,* avril 1894.)

La folie apparaissant d'ordinaire chez la femme à un âge plus avancé que chez l'homme, il en résulte naturellement que, dans un grand nombre de cas, les premières manifestations coïncident avec la période de la ménopause. Sauf Krafft-Ebing qui accorde la prééminence au délire de persécution, tous les auteurs sont d'accord pour admettre que la forme ordinaire de la folie de la ménopause est la mélancolie : bien que moins fréquentes, la manie et la folie avec délusions ne sont pas rares et revêtent l'allure subaiguë. La démence d'emblée est tout à fait rare. La paralysie générale figure pour environ 3,5 p. 100 (20 p. 100 pour Krafft-Ebing).

Les modifications mentales et les troubles somatiques qui accompagnent chez les femmes bien portantes la cessation des règles peuvent être les prodromes de la folie et doivent par conséquent être prises en sérieuse considération lorsqu'il existe de l'hérédité névropathique. Nous n'insisterons pas sur les troubles somatiques, qui sont bien connus, mais les modifications mentales peuvent se présenter sous des formes très diverses : insomnie, changement de caractère, névroses, bruits dans les oreilles et surdité, hallucinations, soupçons, jalousie, accusations fausses, diminution de l'attention, de la mémoire, perversions sexuelles (érotisme, frigidité, masturbation); apparition d'habitudes d'intempérance, ou d'habitudes toxiques (morphinomanie, cocaïnomanie).

Les symptômes de la folie, confirmée à la ménopause, ne sont que la continuation et le développement des phénomènes prodromiques; ils sont d'ailleurs très variables. Sauf pour Krafft-Ebing qui

donne le premier rang aux hallucinations de l'odorat, les hallucinations de l'ouïe sont considérées comme de beaucoup les plus communes; celles de la vue viennent ensuite. Parmi les autres symptômes, on peut citer : les troubles gastro-intestinaux (pouvant donner lieu à des idées d'empoisonnement), les sensations abdominales éveillant l'idée de grossesse, les sensations anormales du côté de la peau (souvent attribuées à l'électricité, etc.), la sensation de compression de la tête, les idées de persécution, la modification des sentiments affectifs (hostilité à l'égard de la famille), la perversion morale aboutissant à la tromperie et à des accusations fausses se rattachant, le plus souvent, aux choses sexuelles, l'érotisme, l'enthousiasme religieux et la religiosité, enfin l'insomnie et le refus de toute nourriture. On peut ajouter que la tendance au suicide est surtout fréquente chez la femme à l'époque de la vie qui nous occupe.

Le *pronostic* est immédiat ou définitif, et il est influencé par des facteurs très divers, tels que l'hérédité, les attaques antérieures, la cause déterminante, la précocité du traitement, la forme du délire, l'état physique de la malade. Dans les cas héréditaires, les rémissions, les guérisons temporaires ne sont pas rares, mais le pronostic définitif est défavorable. Le pronostic, d'ailleurs immédiat ou définitif, est d'autant plus grave que le nombre des attaques antérieures est plus grand. Il est, d'autre part, d'autant plus favorable que la cause déterminante est mieux précisée et plus facile à écarter (par exemple dans l'alcoolisme sans délire systématisé). Le pronostic de la forme affective est meilleur que celui de la forme délirante.

La *durée* de la maladie, pour les cas traités dans les asiles, peut être environ de neuf à dix-huit mois : beaucoup de malades guérissent dans le cours de la première année. — Les *terminaisons* possibles sont la guérison, l'amélioration, le passage à l'état chronique et la mort; les chiffres recueillis à l'asile de Wakefield sont les suivants : sur 120 cas, on compte 49 guérisons (40,8 p. 100), 41 passages à l'état chronique (34,1 p. 100), 14 améliorations (11,6 p. 100), 16 morts (13,4 p. 100).

Le *traitement* varie naturellement suivant la forme de folie et suivant l'état de santé de la malade; mais il a pour base et pour condition de succès l'isolement de la malade qui doit être aussi promptement que possible séparée de sa famille et internée dans un asile. Il est à noter, toutefois, que dans la folie de la ménopause comme d'ailleurs dans la folie puerpérale, lorsque la malade a atteint un certain degré d'amélioration, on peut souvent, en autorisant son retour précoce dans sa famille, hâter une guérison traînarde. Dans les cas observés par les auteurs, l'hérédité a été constatée dans 57 cas sur 102, ce qui donne une proportion de 55,8 p. 100.

Au point de vue de l'état civil, les chiffres sont les suivants : pour une première série de 102 cas, on trouve 59 femmes mariées (y compris un petit nombre de veuves), soit 57,9 p. 100, et 43 célibataires, soit 42,1 p. 100. Sur une seconde série de 120 cas, on trouve 94 femmes mariées, soit 78,5 p. 100 et 26 célibataires, soit 21,5 p. 100. Si l'on recherche l'influence de la ménopause sur les psychoses déjà existantes, on constate que cette influence est très rarement heureuse. Presque toujours, la psychose existante suit sa marche ordinaire et si la ménopause agit sur elle, c'est d'une manière nettement défavorable. Quant à la pathogénie de la folie de la ménopause, on n'a guère avancé jusqu'ici que des hypothèses plus ou moins rationnelles : on est contraint de reconnaître que, dans l'état actuel de la science, la relation pathologique qui unit les modifications de l'appareil génital de la femme aux troubles intellectuels de la ménopause demeure inconnue dans son mécanisme et dans ses véritables causes. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXVII. SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE A LA PÉRIODE DU DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE; par James MIDDLEMASS. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1893.)

Les cas de paralysie générale à la période de l'adolescence ou de la puberté ne sont pas communs : l'auteur en a rassemblé sept cas nouveaux dont il publie l'observation en l'accompagnant de quelques commentaires intéressants que nous résumons brièvement. Les observations dont il s'agit viennent presque toutes à l'appui de l'opinion de M. Clouston qui attribue à la syphilis héréditaire un rôle important, sinon prépondérant. Les autres causes (traumatisme, hérédité névropathique) ne paraissent avoir joué qu'un rôle secondaire ou incertain. — L'âge des malades oscillait entre onze ans et demi et seize ans. — Il est à remarquer que les sept cas observés appartenaient tous au sexe féminin, et que, dans tous les cas où ces constatations ont pu être faites, on a trouvé que l'utérus et les ovaires n'avaient pas dépassé, au point de vue du développement, la période infantile, et que les règles n'avaient pas encore paru, ou n'avaient paru qu'une ou deux fois. La durée de la mélancolie est généralement plus longue que chez les adultes; dans les quatre cas qui se sont actuellement terminés par la mort, elle n'a guère été inférieure à cinq ans. Les caractères cliniques de la maladie ont été tels qu'on les a décrits à cette période de la vie : le trait le plus caractéristique a été l'affaiblissement mental à début insidieux et à progrès réguliers. L'état émotif des périodes de début était généralement un état de douce satisfaction, modérément accusé. Les troubles moteurs existaient dans tous les cas, mais à un degré moindre que chez l'adulte.

Au point de vue anatomo-pathologique, il existait dans tous les

cas une atrophie cérébrale très marquée. L'adhérence des membranes existait aussi, mais à un degré très variable. Au point de vue histologique, on a surtout noté la dégénérescence des cellules nerveuses, l'augmentation des éléments lymphatiques et la présence de noyaux adventices sur les vaisseaux sanguins. Ces altérations sont, en somme, celles que l'on a coutume de rencontrer dans les cas de paralysie générale à forme lente avec excitation mentale modérée. R. de Musgrave Clay.

XXVIII. Un diagnostic a faire; par Reginald H. Moott. (*The Journal of mental Science*, janvier 1894.)

Il s'agit d'un aliéné calme et doux en apparence, qui le premier soir de son entrée dans un asile assassina deux de ses compagnons de dortoir : interrogé peu de temps après ce double meurtre, il déclara avoir obéi à la voix de Dieu. Transféré à l'asile de Broadmoor (asile des aliénés criminels), il déclara ne se souvenir de rien et persista depuis dans cette déclaration qui paraît avoir été sincère. A son entrée à Broadmoor, il présenta des signes évidents de trouble mental, des idées de richesse et plus tard de persécution, qui firent penser à la paralysie générale; mais en présence des alternatives de calme et d'agitation physique et intellectuelle par où il passa, il faudrait admettre des rémissions peu probables. Le rapport qui avait motivé son internement dans le premier asile le signalait comme épileptique, mais on n'a jamais constaté d'attaques pendant son internement.

Cependant, dans l'hypothèse d'une paralysie générale, on aurait pu penser que les crises épileptiformes avaient été prises pour de l'épilepsie vraie : mais tous les signes somatiques de la paralysie générale faisaient absolument défaut. L'état du malade s'aggrava subitement, la prostration devint complète et la mort survint en dix-huit heures. A l'autopsie on trouva une congestion intense des méninges et une inflammation de la pie-mère.

L'auteur estime qu'il s'agit là d'un cas d'épilepsie larvée, et que la dernière crise, qui a été plus longue et plus violente que les autres et qui a abouti à une méningite aiguë et à la mort était un état analogue au *status epilepticus* qui se termine si souvent par une méningite. R. de Musgrave Clay.

XXIX. L'alcoolisme chez les enfants; par le Dr Paul Moreau (de Tours).

Depuis quelques années ce n'est plus seulement chez l'adulte que l'alcoolisme exerce ses ravages et un chapitre spécial a été ouvert pour l'alcoolisme chez l'enfant.

L'ivresse existe chez les enfants et elle est plus fréquente qu'on

se l'imagine : dans la majorité des cas, elle se produit chez des prédisposés, des héréditaires, des dégénérés.

On trouve chez l'enfant à peu près toutes les formes d'ivresse que l'on observe chez l'adulte. Le pronostic est des plus graves, vu l'hérédité et l'incertitude du traitement : ce dernier doit être principalement et surtout prophylactique, tout en ne négligeant pas le traitement des symptômes et des complications.

Dans le cas de délit commis sous l'influence de l'ivresse, il faut se montrer inexorable et ne pas admettre chez les enfants les circonstances atténuantes, trop souvent invoquées chez les adultes. En agissant de la sorte, le magistrat atteindra un double but : d'abord il punira la faute commise, en second lieu il fera de la bonne thérapeutique en mettant l'enfant hors d'état de se livrer à ses excès, soit en frappant sa jeune imagination, soit qu'en le condamnant à une réclusion, il le mette dans l'impossibilité matérielle de recommencer, au moins pendant un certain temps. (*Annales médico-psychologiques*, mai 1895.) E. Blin.

XXX. Inversion sexuelle chez la femme; par le Dr Havelock Ellis.

Intéressante étude sur l'inversion sexuelle chez la femme, sur les causes qui peuvent la déterminer, sur sa fréquence, sur les caractères physiques particuliers des femmes atteintes de ce trouble moral. Les femmes qui présentent de l'inversion sexuelle n'ont pas la même horreur du coït normal que les hommes atteints de ce même vice et sont assez fréquemment mariées, ce qui tient probablement à ce que la femme peut garder un certain degré de passivité. Il paraît certain que l'inversion sexuelle fait de nombreux progrès chez la femme : chez la plupart de celles qui sont atteintes on retrouve des antécédents nerveux personnels ou héréditaires. L'auteur termine son travail par une observation typique d'inversion sexuelle chez la femme. (*The alienist and neurologist*, avril 1895.) E. B.

XXXI. Psychiatrie et localisations cérébrales; par le Dr Mink.

L'auteur estime que la doctrine des localisations corticales est dans les mêmes relations avec les maladies du cerveau que l'auscultation et la percussion le sont avec celles de la poitrine. Comme exemple il montre que la plupart des troubles psychiques de la démence paralytique peuvent recevoir leur explication par la lésion de telle ou telle région de l'écorce cérébrale. (*The alienist and neurologist*, octobre 1894.) E. B.

XXXII. Rectification historique de l'étude des rapports entre la syphilis et la paralysie générale progressive; par le professeur P. Kovalevsky.

Tous les auteurs qui donnent un aperçu historique de l'étude de la paralysie générale affirment qu'Esmarch et Essen furent les pre-

miers à attirer l'attention sur les rapports de la syphilis avec la paralysie et à avancer que la syphilis est une des graves causes de la paralysie. Ce dernier fait est juste, mais les recherches de l'auteur montrent que le fait de la fréquente coexistence de la paralysie avec la syphilis fut indiqué pour la première fois par Bayle, qui attira l'attention sur ce point trente ans avant que le travail d'Esmarch et de Jessen ne parût. (*Revue neurologique*, mars 1895.)

E. B.

XXXIII. Symptômes oculaires précoces dans la paralysie générale; par le Dr Jameson Hepburn.

D'après huit cas qu'il a observés, l'auteur estime que dans la paralysie générale se rencontrent très fréquemment des signes précoces du côté des yeux et que ces signes pouvant survenir de un à trois ans avant l'apparition des symptômes classiques de l'affection pourraient permettre, s'ils étaient confirmés, un diagnostic précoce et par conséquent une intervention thérapeutique plus efficace.

Ces signes seraient une décoloration de la papille qui, d'abord couleur cuir, devient de plus en plus blanche en même temps que les vaisseaux sont beaucoup moins visibles que dans l'atrophie ordinaire. Sur la rétine on voit, entre les fibres nerveuses, des stries ou petites plaques de tissu conjonctif, localisées du côté nasal jusqu'à une période avancée de la maladie, et envahissant plus tard le côté temporal. Le rétrécissement du côté temporal du champ visuel serait un symptôme presque constant et l'accroissement de ce symptôme pourrait servir de mesure aux progrès de la maladie. (*American journal of insanity*, janvier 1895.) E. B.

XXXIV. Le sang chez les aliénés; par le Dr Burton.

De l'examen du sang au microscope, dans diverses formes mentales, l'auteur tire les conclusions suivantes :

Dans la démence sénile, l'augmentation des globules blancs est presque de règle, alors que leur diminution se rencontre dans la plupart des cas de paralysie générale. Lorsqu'il y a tendance à l'excitation maniaque, le nombre des leucocytes s'accroît dans de notables proportions. (*American journal of insanity*, avril 1895.)

E. B.

XXXV. Troubles délirants de nature alcoolique, chez deux sœurs; par le Dr Zenner.

Il s'agit chez l'une des sœurs, âgée de trente et un ans, d'idées de persécution avec troubles de la sensibilité générale et chez la seconde, âgée de quarante-six ans, de délire alcoolique aigu.

Chez les deux sœurs, les accidents ont disparu après la suppres-

sion de toute boisson alcoolique. L'intérêt de ces observations réside moins dans les détails d'ordre banal, de chaque observation prise à part, que dans la coïncidence peu ordinaire de deux sœurs, sans antécédents héréditaires, et se livrant en secret, à l'insu l'une de l'autre, à leur passion pour les boissons alcooliques. (*American journal of insanity*, avril 1895.) E. B.

XXXVI. Observation d'hébéphrénie; par le Dr Lane.

En une période de dix ans, l'auteur a observé à l'asile de Boston 63 cas d'hébéphrénie. L'hébéphrénie ne doit pas être confondue avec la folie de la puberté ou la folie de l'adolescence. Ces dernières sont des cas de folie survenant chez des enfants ou des adolescents et peuvent guérir; au contraire, dans l'hébéphrénie, l'âge n'est plus une condition occasionnelle mais une cause déterminante et le pronostic est sombre.

On doit considérer l'hébéphrénie comme un arrêt du développement mental survenant au moment critique où l'individu commence à prendre les caractères sexuels de l'état adulte. Une des caractéristiques de l'hébéphrénie est la variabilité des aspects qu'elle revêt successivement; manie puis mélancolie et démence. La démence est le terme presque fatal et arrive vite, en moins d'une année.

L'hébéphrénie se confond en partie avec les cas décrits sous le nom de démence primitive. (*American journal of insanity*, janv. 1895.)

E. B.

XXXVII. Sur le délire aigu; par M. S. Souchanoff. (*Arkiv. Psychiatrii*, 1894, t. XXIV, n° 2.)

L'auteur cite trois observations dans lesquelles le diagnostic porté a été : « délire aigu ». Le premier cas est très typique pour la confusion mentale : fièvre très légère (37°,7 à 38°,2), incohérence dans les idées, association par consonnances, hallucinations nombreuses, insomnie, amaigrissement rapide, guérison au bout de six mois. Le second cas ressemble assez à de la paralysie générale au début chez une femme prédisposée par une lourde hérédité alcoolique et vésanique; l'auteur note chez elle une période prémonitoire caractérisée par un délire de persécution avec hallucinations; vient ensuite un vif accès d'excitation avec inégalité pupillaire, grincement des dents, incohérence dans les idées, température à grandes oscillations allant certains jours jusqu'à 40°,1; deux mois et demi après le début de la maladie elle meurt, et à l'autopsie on trouve entre autres lésions de l'œdème avec hypérémie du cerveau et des méninges. C'est plutôt le troisième cas qui mériterait le nom de délire aigu. Là, en effet, tout a évolué en trois ours et dès le premier jour la température s'est élevée à 40°.

L'agitation motrice est extrême. La parole faible, incohérente. Les pupilles sont rétrécies. *A l'autopsie :* adhérence de la dure-mère à la boîte cranienne, épaississement de cette membrane, la pie-mère présente un aspect louche, les sinus sont gorgés de sang, la substance cérébrale est dissociée et fortement injectée.

J. ROUBINOVITCH.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 27 Mai 1895. — PRÉSIDENCE DE M. P. MOREAU.

M. JOFFROY demande au nom de M. Régis, secrétaire général du Congrès des aliénistes de langue française, que la Société accorde une subvention au Congrès. Il expose qu'au lieu de limiter l'impression des discussions, comme on sera peut-être tenu de le faire faute de ressources suffisantes, on pourrait publier *in extenso* mémoires et discussions si la société voulait faire un léger sacrifice d'argent.

M. BRIAND serait d'avis de demander à tous les asiles de France de s'inscrire au Congrès.

M. CHARPENTIER. — M. Régis a lui-même critiqué l'ingérence de notre société dans l'organisation du Congrès, je ne sais pas pourquoi il vient aujourd'hui faire appel à notre caisse.

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL propose de renvoyer la question à une commission.

Le renvoi à une commission, composée de MM. Joffroy, J. Voisin, Charpentier, Falret et Vallon, est prononcée.

A propos des phobies dans un cas d'insuffisance mitrale.

M. ROUBINOVITCH. — Il s'agit d'une femme âgée de quarante-six ans, atteinte d'une insuffisance mitrale typique avec un souffle assez rude à la pointe et au premier temps, légère augmentation de la matité, battements irréguliers, pouls petit. Pendant les accès

de dyspnée la malade manifeste des phobies : si elle se trouve à ce moment dehors, la vue de la rue lui fait peur, elle n'est plus sûre d'elle, etc... ; étant chez elle l'essoufflement résultant, par exemple, du fait de se lever d'une chaise pour traverser la chambre, provoque une peur invincible de se servir des couteaux ou des fourchettes dans une mauvaise intention vis-à-vis de son fils et de son mari.

Jusqu'à présent l'histoire ressemble singulièrement aux faits cités dans la thèse de M. Fauconneau, comme exemple de ce que certains auteurs appellent la folie cardiaque. En effet, à première vue, l'affection cardiaque paraît bien antérieure à l'apparition des phobies, et il y a là en outre l'exacerbation des troubles intellectuels au moment des accès de dyspnée cardiaque, ce grand symptôme sur lequel est bâti le diagnostic différentiel de la folie cardiaque. Or, en reprenant les antécédents personnels et héréditaires on voit qu'on est présence d'une personne atteinte de surdité congénitale, de blésité, qui à l'âge de cinq ans a eu des tics dans les paupières, les épaules et les bras, qui un peu plus tard a eu des impulsions et qui a toujours présenté une extrême émotivité. C'est d'ailleurs la fille d'un alcoolique et la petite-fille d'une femme qui a eu un accès de folie puerpérale.

Ce fait vient corroborer l'opinion de certains auteurs qui pensent que la condition dominante des troubles intellectuels chez les cardiaques est la prédisposition héréditaire ou acquise. Mais M. Roubinovitch expose que la constatation de cette prédisposition ne suffit pas pour expliquer l'apparition des phobies au cours d'une affection cardiaque ; en d'autres termes, on peut être un prédisposé vésanique et en même temps porteur d'une affection du cœur sans avoir pour cela des phobies pendant les attaques d'asystolie. Il cite une observation à l'appui de cette opinion.

Aussi, en présence des faits de ce genre on se trouve obligé de supposer que la prédisposition héréditaire vésanique n'est pas partout la même, qu'elle localise son action dégénérative tantôt sur les centres purement intellectuels, tantôt enfin sur les centres moteurs.

Mais tout en attribuant à la prédisposition héréditaire un rôle prépondérant dans l'apparition des obsessions chez sa cardiaque. l'auteur exprime avec le plus grand soin la part qui revient à la cardiopathie, non pas dans la production de ces troubles intellectuels, mais dans leur entretien.

Il ne faut pas s'exagérer, d'après lui, l'efficacité du traitement cardiaque, contre les accidents mentaux et tout en l'employant, ne pas formuler des pronostics favorables même en ce qui concerne un avenir prochain, car on s'exposerait trop souvent à être démenti par la persistance de l'affection psychique.

M. Charpentier pense que les troubles mentaux liés aux affections

du cœur sont rares. Ce qu'on observe plutôt c'est une gêne dans la circulation du sang et pas autre chose. Il reproche à M. Roubinovitch de ne pas faire la preuve de la tare dégénérative qu'il attribue à sa malade. Pour lui les troubles décrits relèvent de l'arthritis et non de la dégénérescence mentale.

M. Voisin. — Peut-être faut-il aussi faire intervenir la sclérose des artères du cerveau ?

De la valeur respective de la prédisposition et des causes dites occasionnelles, dans les maladies mentales.

M. Toulouze étudie d'abord la prédisposition, qui est une condition étiologique générale que l'on ne retrouve pas seulement dans la pathologie mentale, mais dans toute biologie et, on pourrait dire, dans tous les phénomènes naturels.

Tout le monde, en effet, n'est pas également prédisposé aux maladies infectieuses, et il est des tempéraments réfractaires à la variole. D'autre part, on peut dire encore que si un corps en verre se brise dans un choc, c'est que sa constitution moléculaire le prédisposait à cet accident.

La notion de prédisposition doit donc être complétée par des recherches propres à préciser ce qui est cette condition générale des organismes. Les aliénistes disent qu'elle est le plus souvent héréditaire; or, l'hérédité morbide est d'une interprétation assez obscure. Tantôt il s'agit de troubles dystrophiques frappant à la fois le générateur et son produit; tantôt il s'agit de contagion fœtale, comme dans les cas d'hérédo-infection; tantôt, même, il s'agit de contagion ultérieure à la naissance, physique ou mentale. L'hérédité similaire est en résumé exceptionnelle, et il est plus conforme aux faits de dire avec M. Féré, développant une idée de M. Morel, que l'hérédité morbide est surtout caractérisée par l'interruption de la transmission héréditaire des caractères normaux. Tous les individus, nés de parents malades, présentent donc, à des degrés divers, des signes qui les différencient de leurs ancêtres, mais qui les rapprochent tous, et en forment une famille pathologique — les dégénérés — si l'on veut.

Peut-être la prédisposition de ces individus à une maladie particulière pourra un jour être décelée par les recherches où la tératogénie aura une grande part : la maladie de Little ne frappe-t-elle pas les individus dont les cordons pyramidaux sont primitivement faibles ? M. Joffroy a fait aussi l'hypothèse que la chorée ne surviendrait que chez ceux dont le système moteur est congénitalement débile. On peut donc arriver ainsi à donner une signification concrète à cette notion encore vague de prédisposition.

Mais allons plus loin. Cette prédisposition existe; ne faut-il pas qu'elle soit actionnée ? C'est là qu'intervient la cause directe :

l'alcool, l'infection, le traumatisme. M. Toulouze, insiste pour qu'on ne délaisse pas l'étude de ces facteurs, tout en se gardant de leur faire jouer un rôle illégitime.

Il règne une opinion assez courante en psychiatrie, que les causes dites directes ne sont que des occasions banales des délires, qui ne se ressentent pas de la cause qui les a éveillés. Or, c'est là une doctrine en opposition formelle avec cette loi générale de biologie et de physique qu'aucune force ne se perd. En fait, l'alcool, un traumatisme, une maladie infectieuse, une émotion n'agissent pas toujours de la même manière. Pour l'alcool, l'accord est unanime et l'on donne aux délires qu'il provoque une dénomination étiologique. Et cependant tous les toxiques paraissent agir un peu comme l'alcool. Si, dans les autres cas, les psychoses éveillées paraissent les mêmes, c'est qu'on n'a pas encore différencié les unes des autres bien des formes cliniques vésaniques illégitimement réunies. Et puis l'on s'est engagé dans une mauvaise voie quand on a voulu décrire des folies spéciales à chaque maladie, à la puerpéralité, au cancer, à l'anémie, etc.

Dans chacun de ces vastes syndromes morbides se placent des processus pathogéniques bien différents. Ainsi, dans la puerpéralité, à chaque période correspond un élément pathogénique un peu spécial; à la grossesse, l'auto-intoxication qui se manifeste notamment par l'urémie, à l'accouchement. D'où vient que dans chacune de ces deux circonstances, c'est l'une ou l'autre de ces formes cliniques qui se montre le plus souvent? C'est que le facteur qui a éveillé les troubles psychiques porte son influence sur eux. Mais cette manie transitoire de la parturition peut se rencontrer dans d'autres circonstances; par exemple, à la suite d'un traumatisme; c'est en somme le délire nerveux des chirurgiens. L'étiquette étiologique de — puerpéral — ne lui convient donc pas, et il serait plus exact de lui donner l'étiquette pathogénique de — traumatique. — *Il n'y a donc pas des psychoses étiologiques, mais des psychoses pathogéniques.*

Certes la question est des plus complexes, car la réaction particulière à chaque individu embrouille les aspects cliniques. Tel supportera bien l'alcool, qui sombrera à la suite d'un traumatisme. Quoi qu'il en soit, il était nécessaire de poser les principaux termes du problème, qui comporte deux questions : à quoi répond la prédisposition vésanique et quelle est la manière dont elle est actionnée par les différentes causes directes?

M. Semelaigne reproche à M. Toulouze de sembler croire qu'on considère la prédisposition héréditaire comme une cause de folie.

M. Toulouze. — Si les auteurs ne le disent pas d'une façon très réelle, ils le laissent au moins entendre.

Séance du 24 juin 1895. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU (de Tours).

PRIX BELHOMME. — La Société décide de donner comme sujet à traiter pour le prix Belhomme, 1896 : *Du langage chez les idiots.*

Subvention au Congrès de Bordeaux au nom de la commission nommée à cet effet. — M. CHARPENTIER propose d'accorder au congrès de Bordeaux une subvention de 300 francs en vue de contribuer aux frais d'impression du compte rendu des séances du congrès.

Les aliénés criminels.

M. FALRET fait une communication sur les mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels. Il expose que la commission de la Société de médecine légale chargée d'étudier cette question a reproduit les vœux déjà formulés au congrès de 1878. Pour l'entrée des aliénés criminels dans l'asile, rien ne serait changé à l'état de choses actuelles; c'est-à-dire que c'est l'administration qui serait chargée comme aujourd'hui de provoquer le placement de l'aliéné. Pour la sortie, on a proposé de la subordonner à une décision prise par une commission mixte composée du médecin traitant, du procureur de la République et du Préfet. Chaque année cette commission aurait à se prononcer sur le maintien de l'aliéné.

M. ROUSSEL est partisan d'un asile spécial pour les aliénés criminels, comme en Angleterre, sans qu'il soit nécessaire d'admettre le principe de l'internement perpétuel.

M. CHARPENTIER. — Cet asile devrait admettre non seulement les aliénés criminels, mais encore les aliénés *dangereux*, non criminels. Le projet d'une commission mixte appelée à statuer sur la sortie de l'aliéné me paraît excellent.

M. ROUSSEL. — L'admission dans l'asile spécial des aliénés dangereux non criminels a été prise en considération par le Sénat. Sur la réquisition du médecin de l'asile constatant qu'un aliéné est dangereux et exige une surveillance spéciale, il poura être transféré dans l'asile d'aliénés criminels.

M. VALLON. — C'est le tribunal et non l'administration qui devrait être chargé de provoquer le placement et la sortie de l'aliéné criminel. Lorsque à la suite d'une expertise médico-légale un prévenu a été l'objet d'une ordonnance de non-lieu, pourquoi le remettre, avant de le faire entrer dans un asile, à l'examen d'un médecin de l'administration.

M. ARNAUD voudrait qu'on acceptât le principe des sorties conditionnelles comme en Angleterre. L'aliéné criminel serait ainsi soumis à une sorte de surveillance; la responsabilité de la per-

sonne qui réclame la sortie serait engagée par une amende, en cas de surveillance inefficace.

M. Auguste Voisin est partisan d'une commission mixte pour statuer sur le maintien de la sortie des aliénés criminels. Cette commission renforcerait l'autorité du médecin et lui permettrait de résister aux sollicitations dont il est souvent l'objet de la part de personnages influents qui réclament la sortie d'un aliéné dangereux.

M. Christian demande la séquestration perpétuelle des aliénés criminels. Il n'est pas éloigné d'être partisan de la condamnation de certains persécutés. Marcel Briand.

VARIA.

Sixième congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

Session de Bordeaux, 1895.

Programme. — Le sixième Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Bordeaux, du 1er au 7 août 1895, dans un des amphithéâtres de la Faculté de médecine, place d'Aquitaine, où le secrétariat se trouvera également transporté pendant la durée du Congrès. Le programme est ainsi composé :

Jeudi 1er août : matin, 9 heures. — Séance solennelle d'ouverture, salle du Dôme de l'Exposition. A l'issue de la séance, visite générale de l'Exposition, sous la direction de délégués de la Société philomatique [1]. — Soir, 2 heures (Faculté de médecine). — Première question du programme : *Les psychoses de la vieillesse ;* rapporteur, M. le Dr Ant. Ritti. Discussion. — Séance dans la soirée, s'il est nécessaire.

Vendredi 2 août : matin, 9 heures. — Deuxième question du programme : *Corps thyroïde et maladie de Basedow ;* rapporteur, M. le

[1] En dehors de cette visite collective gracieusement offerte par elle, la Société philomatique a décidé que les membres des congrès de Bordeaux ne paieraient, sur la présentation de leur carte, que moitié prix (0 fr. 50) à l'entrée de l'Exposition.

Dr E. BRISSAUD. Discussion. — Soir, 2 heures. — Même question. Suite et fin de la discussion.

Samedi 3 août: matin, 9 heures. — Troisième question du programme : *Les impulsions irrésistibles des épileptiques, envisagées surtout au point de vue médico-légal;* rapporteur, M. le Dr V. PARANT. Discussion. — Soir, 2 heures. — Même question. Suite et fin de la discussion. — A 7 h. 1/2. — Banquet par souscription du Congrès.

Dimanche 4 août : matin, 9 h. 1/2. — Visite de l'asile des aliénés de Château-Picon (Bordeaux). — A midi, banquet offert au Congrès par l'administration de l'asile.

Lundi 5 août : matin; 9 heures. — Communications diverses. — Soir, 2 heures. — Communications diverses.

Mardi 6 août : Excursion à Cadillac (Gironde). Départ de Bordeaux le matin à 8 heures. — A 10 heures, visite à l'asile des aliénés de Cadillac. — A midi, banquet offert par l'administration de l'asile. Dans l'après-midi, visite de la colonie agricole, annexe de l'asile et du château du duc d'Epernon (maison pénitentiaire correctionnelle de jeunes filles). Rentrée à Bordeaux à 6 heures du soir.

Mercredi 7 août : Excursion à Royan (Charente-Inférieure). Départ de Bordeaux à 7 heures par bateau spécial de la compagnie Gironde-et-Garonne. Arrivée à Royan vers 11 heures. Réception par la municipalité et le corps médical. A 11 h. 1/2, banquet offert par la ville de Royan. A 2 heures, promenade sur la côte (Pontaillac — Saint-Palais). A 4 h. 1/2, départ de Royan. Lunch en bateau. Arrivée à Bordeaux vers 8 h. 1/2. — Fin du Congrès [1].

LE Dr HACK TUKE ET LA SOCIÉTÉ DE PATRONAGE POUR LES ALIÉNÉS SORTIS DES ASILES.

Il était naturel qu'un médecin que les traditions de famille — son trisaïeul avait fondé en 1792 la fameuse maison de « Retraite » d'York — et la spécialité elle-même avaient amené à s'occuper avec une réelle sympathie des faits concernant les aliénés, ressentirait un vif intérêt pour leur « soin ultérieur ».

Dans une lettre du Dr Hack Tuke, écrite en mai 1879, se trouvent ces mots : « Le sujet a ma sympathie ardente et mon approbation

[1] Les membres du Congrès qui voudraient prolonger leur séjour à Bordeaux pourront assister le jeudi soir, 8 août, à la réception de l'hôtel de ville offerte par la municipalité au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, ainsi qu'aux congrès médicaux à ce moment à Bordeaux. Ils pourront également, s'ils sont adhérents, participer aux travaux et aux excursions du Congrès de l'avancement des sciences et du Congrès de médecine interne. (*Voir les programmes spéciaux.*)

entière, et si le journal peut devenir l'agent de n'importe quelle communication ou appel sur ce sujet, je suis sûr que collaborateurs, comme moi-même, seront heureux de saisir l'occasion. A moins d'empêchement inévitable, je serai certainement au meeting ».

Le meeting en question eut lieu le 15 juin, de la même année, chez le Dr Bucknill — dont la maison fut le lieu de naissance de l'Association — 39, rue Wimpole. A cette occasion la résolution « que ce metting se forme lui-même en Association » fut proposée par le Dr Lockhart Robertson, et secondée par le Dr Hack Tuke. Le Dr Bucknill fut invité à prendre la place de président, et le Rev. H. Hawkins celle de secrétaire honoraire. Le 27 novembre, un autre meeting eut lieu à la maison du Dr Bucknill, dans lequel le Dr Hack Tuke appuya la proposition « que le comte de Shaftesbury serait invité à agir comme patron de l'Association « du soin ultérieur ». A la même époque une résolution fut proposée par le Dr Savage, et appuyée par le Dr Claye Shaw, « que l'objet de cette Association est de faciliter la réadmission dans la vie sociale et domestique des femmes convalescentes se trouvant dans les asiles d'aliénées. » Et d'après la proposition du Dr Lockhart Robertson, secondé par le Dr Hack Tuke, il fut décidé « qu'il n'était pas désirable à présent de faire une maison distincte, mais seulement d'arriver au but ci-dessus, en essayant de traiter les malades convalescents dans des cottages ou autres maisons ».

Bientôt par la suite, le Dr Tuke fut attentif à noter que la formation d'une « Maison » ne devait pas être considérée comme une chose refusée, mais seulement en *suspens*. Il écrivit : « Je n'aurais pas appuyé cette proposition si les mots « à présent » avaient été omis. La proposition signifie que nous devons avancer pas à pas et que nous ne devons, par aucun moyen, empêcher la création d'une maison distincte quand la majorité pensera que le moment est arrivé d'en fonder une. » Il avait préalablement remarqué, je crois, que le « festina lente » serait pour quelque temps la devise de notre Association, et définitivement que nous devions pour arriver à notre but prendre des mesures plus héroïques. »

Au commencement de décembre 1879, le comte de Shaftesbury accepta la présidence de l'Association. Dans une communication reçue de lui, se trouvent les mots : « Votre lettre intitulée *Soin ultérieur*, m'a profondément intéressé. Le sujet a beaucoup occupé mon esprit. » Au premier anniversaire, en 1880, qui se célébra encore dans la rue Wimpole, le Dr Tuke était présent. Une lettre antérieure émanant de lui, avait trait à un « prognosis » défavorable de la Société. « Je regrette beaucoup d'entendre un rapport aussi décourageant de l'état de santé de notre bambin, et quand son excellente et sensible nourrice... se sent découragée, je confesse que cela est sérieux. Il exprima son intention d'attendre la réunion

anniversaire, en 1881, si elle avait lieu chez le Dr Andrew Clark, et il était présent l'année suivante à celle tenue chez le Dr Ogle. A cette occasion, de concert avec Lord Shaftesbury, il appela l'attention sur la nécessité d'avoir une maison ou une salle dans laquelle l'Association pourrait s'occuper de ses travaux. Une question plus avancée se trouve dans une des dernières lettres du président. « Le temps n'est-il pas arrivé pour nommer un fonctionnaire payé ? » Lord Cottesloe accueillit avec bienveillance l'Association dans sa maison de Eaton-Place, en 1883. A cette occasion le Dr Hack Tuke remarqua qu'aucun progrès n'était fait, et appuya la proposition qu'une personne soit nommée pour faire avancer le travail de l'Association. La réunion de 1884 fut tenue chez Lord Brabazon (devenu peu après comte de Meath), 83, Lancaster Gate, et pour la dernière fois, le comte de Shaftesbury accepte la présidence. Le Dr Tuke proposa de référer la question d'une « Maison » à un comité spécial. En mai 1885, un bazar destiné à augmenter les fonds de l'Association était installé à l'hôtel de ville de Kensington, et le Dr Tuke fut un de ceux qui s'adressèrent à la compagnie. Plus tard, dans la même année il parla à une réunion tenue à l'hôpital royal de Bethléem, où aussi un second meeting fut tenu en automne, dans lequel le Dr Tuke fit allusion au système de pension extérieure, qu'il pensait devenir désirable d'utiliser. Il est à noter qu'à cette réunion une proposition fut faite par le Dr Norman Kerr, et appuyée par le Dr Hack Tuke : « Que Lord Brabazon serait prié d'accepter le poste de président. » Il accepta définitivement.

Dans une assemblée tenue à l'automne de 1886, le Dr Hack Tuke étant présent, M. H. Thornhill Koxby fut élu secrétaire à l'unanimité. A partir de cette date, l'Association entra dans une période plus active et plus fertile. La maison située dans Lancaster Gate devint par la bonne faveur du comte et de la comtesse de Meath, le siège de la Société, et le Dr Tuke, le président permanent des réunions mensuelles. Il possédait pour cet emploi d'excellentes qualités : tact, patience, courtoisie, déférence pour les opinions des autres tout en gardant la sienne, et sagesse dans le choix du sujet avant la réunion. — On se souviendra longtemps de la présence ponctuelle, de la gravité pleine d'indulgence et des remarques faites à propos de notre dernier président. Il rendit aussi de grands services à l'Association dans des occasions exceptionnelles, par exemple, lorsqu'il envoya une députation au dernier cardinal Manning afin d'obtenir ses sympathies et son secours pour la Société de patronage, spécialement pour les convalescents de la Roman Catholic Faith (la foi catholique romaine), ou lorsqu'il se rendit à une réunion de visiteurs de Londres et des environs tenue à l'asile de Colwey-Hatch ; de temps en temps il visitait la maison temporaire de la Société à Red Hill qui l'intéressait beaucoup.

Les rapports importants du Dr Tuke avec le *Journal of Mental Science*, le rendirent capable de grands services en lui faisant mieux connaître les exigences de la Société de patronage (*After Care*). Non seulement il obtint des éditeurs (dont il faisait partie) l'autorisation de mettre dans ses colonnes, une note ayant ce titre, mais il ajouta à l'article une note spéciale appelant l'attention de tous ceux qui avaient accepté son idée. Dans d'autres occasions aussi, le journal contribua à l'avancement du projet. Sa correspondance doit avoir été volumineuse, cependant ses communications quoique nécessairement brèves quelquefois furent pleines d'urbanité et faites en temps voulu. Il présida pour la dernière fois les réunions mensuelles de l'Association le mardi 14 février 1895.

Ces détails un peu minutieux montrent comment est née la Société de patronage anglaise pour aider les aliénés qui sortent des asiles. Les rapports que nous avons faits au *Conseil supérieur de l'assistance publique* et à la *Commission de surveillance des asiles*, bien que les conclusions en aient été adoptées, n'ont pas encore été suivis d'effet. Relativement au département de la Seine, il est cependant du devoir du Conseil général d'agir vite pour alléger le budget croissant du service des aliénés. B.

FAITS DIVERS.

Suicide d'un aliéné. — M. Pierre Cevray, âgé de soixante-neuf ans, demeurant à la Roussière, dit le *Rappel de l'Eure*, avait perdu la raison à la suite d'une grave maladie de sa femme, et par un singulier revirement, depuis qu'elle était guérie, il ne pouvait plus souffrir sa présence ni celle de ses enfants. Un matin de la semaine dernière, sa bru, étant venue voir s'il n'avait besoin de rien, a trouvé le malheureux pendu dans sa chambre.

Société contre l'usage des boissons alcooliques. — Une nouvelle société, la « Société contre l'usage des boissons alcooliques », a tenu la semaine dernière, à la mairie du 6e arrondissement, sa première séance. Le comité se compose de MM. le Dr Legrain, médecin des asiles d'aliénés de la Seine, président de la Société; de M. Hazemann, interne à l'asile de Ville-Evrard, secrétaire; des Drs Camille Chabrié, François Boissier, Henri Triboulet, Paul

Sérieux, etc. Dans un manifeste qui sera répandu dans toute la France, les fondateurs de la nouvelle société déclarent que « le moment est venu pour tous les bons citoyens d'entrer en campagne contre un fléau qui nous déshonore et nous ruine ». Ils ajoutent qu'ils se proposent d'étudier les moyens d'extirper l'alcoolisme, d'en atténuer les effets, de propager la connaissance du mal dans tous les milieux sociaux, de grouper le plus grand nombre possible de citoyens qui souhaitent sa disparition, de soulever un mouvement d'opinion contre lui, de donner l'exemple de la tempérance en s'abstenant de consommer des boissons alcooliques, d'enseigner à l'enfance les principes de la tempérance par une intervention directe dans les milieux scolaires, de réunir les écoliers en groupes de tempérance, etc. Cotisation de 1 franc, exigible seulement des adhérents âgés de seize ans. La nouvelle société, dont le siège est provisoirement rue de Vaugirard, 46, a en outre décidé de distribuer à ses adhérents des cartes sur lesquelles on lit au recto : « Je promets : 1° de m'abstenir entièrement, sauf prescription médicale, d'eau-de-vie et de liqueurs ; 2° de ne faire qu'un usage modéré de vin, de bière ou de cidre. » Et au verso : « La force d'un peuple réside dans la vigueur intellectuelle, morale et physique de ses enfants. L'alcoolisme affaiblit un peuple et le conduit à sa perte. Etre tempérant, c'est être patriote. » N'entrez dans un débit de boissons qu'en cas d'absolue nécessité.

Lutte contre l'alcoolisme. — L'administration supérieure a entendu l'appel fait dans la lutte contre l'alcoolisme. Elle a fait bon accueil à la proposition de M. le Dr Roubinovitch d'organiser des conférences scolaires sur les funestes effets de l'intempérance. M. le Dr Roubinovitch, qui, l'on s'en souvient, a pris l'initiative de cette campagne, a soumis au Ministre de l'instruction publique un programme de conférences sur la question. Ce programme a été approuvé et M. Poincarré, que cette décision honore, a autorisé M. Roubinovitch à faire ces conférences à l'Ecole normale d'instituteurs d'Auteuil et dans les écoles primaires supérieures de garçons Turgot, Colbert, Arago, etc. La première conférence a eu lieu lundi dernier à l'école Turgot, devant les élèves des deuxième, troisième et quatrième années, au nombre de 250 environ. Les professeurs de ces classes assistaient à la leçon et, à leur tête, le directeur de l'école. — Tous les ans, quelques-uns des professeurs des Écoles d'infirmières et, en particulier, notre ami Isch Wall, insistent sur les dangers de l'alcoolisme. B.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 795.

Vol. XXX. Septembre 1895. N° 103

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE;

Par le Dr L. HASKOVEC,
Assistant à la Clinique psychiatrique tchèque de Prague.

La tuberculose de la moelle épinière n'a été que dans ces derniers temps l'objet d'études approfondies, lorsqu'on a fait de fréquents examens microscopiques de la moelle atteinte ou suspectée d'une affection tuberculeuse.

La tuberculose de la moelle épinière a été connue plus tard que celle du cerveau. Les anciens travaux ne citent que des tubercules solitaires et ne communiquent que les résultats d'examens macroscopiques. Bayle[1] cite un cas de tuberculose du cerveau et du bulbe durant le cours d'une phtisie pulmonaire et rappelle que l'on a diagnostiqué diverses maladies du cerveau : apoplexies, etc., là où il s'agissait de la tuberculose. Olivier[2], dans son ouvrage classique, mentionne deux cas de tubercules de la moelle et du bulbe et cite aussi les scrofules parmi les causes de la myélite. Ce savant parle en ces termes des nodules tuberculeux dans les enveloppes médullaires : « Il n'est pas rare de trouver de la matière tuberculeuse dans l'épaisseur des membranes rachidiennes, lorsqu'il existe une carie scro-

[1] G.-L. Bayle. — *Recherches sur la phtisie pulmonaire*, 1810.

[2] P. Olivier d'Angers. — *Traité de la moelle épinière et de ses maladies*, Paris, 1827.

fuleuse du rachis. » Olivier dit que Lapeyre a déjà décrit dans le *Journal de médecine*, LXV, un tubercule dans la région de l'olive et Lepelletier dans la protubérance (pons Varoli). Olivier pense encore que peut-être les tubercules de la moelle causent assez souvent des symptômes épileptiques. Cruveilhier [1], dans son atlas, remarque que les tubercules peuvent envahir le cerveau, le cervelet et la moelle, et il admet même que ces tubercules peuvent être primitifs. Rokitansky [2] dit que les tubercules de la moelle sont rares; il les a trouvés principalement dans la partie lombaire et cervicale. Il décrit des tubercules de grandeur différente, dans lesquels il n'a jamais remarqué de *ramollissement*. Lebert [3] dit de même que la tuberculose envahit le plus souvent la partie lombaire et il en présente une symptomatologie très détaillée. Virchow [4] déclare que les tubercules spinaux peuvent se multiplier et il cite non seulement l'opinion de Rokitansky mais encore celle d'Ogle, Rilliet et Barthez; il admet que ces tubercules peuvent se ramollir.

Il admet les tubercules primitifs du cerveau mais ne tranche pas l'origine des tubercules médullaires. Virchow affirme que le système nerveux est réfractaire à l'invasion tuberculeuse et parle d'une prédisposition locale dont le traumatisme constitue un rôle important. Le processus tuberculeux part de la névroglie dans laquelle existe justement cette prédisposition. Hasse [5] se borne de même à décrire les tubercules solitaires de la moelle et fait observer que ceux des enveloppes proviennent le plus souvent du voisinage : carie des vertèbres, méningite basilaire; il écrit à ce propos : « Ich habe mehrere Mal eine Miliartuberculose der cerebralen Pia Mater auf die spinale ubergehen gesehen, und zwar in verschiedener Ausdehnung, selbst bis zur Cauda equina. »

En 1869, Liouville [6] a montré à la *Société de Biologie* que

[1] J. Cruveilhier. — *Anatomie pathologique du corps humain, etc.*, t. I, l. XVIII, 1829-1835.

[2] Carl Rokitansky. — *Handbuch der spec. path. Anatomie*, I, Bd., 1844.

[3] H. Lebert. — *Handbuch der prakt. Medizin*, 1859.

[4] R. Virchow. — *Die krankhaften Geschwulste*, 1864-1865, II, Bd., p. 656-666.

[5] K.-E. Hasse. — *Handbuch der spec. Pathologie und Therapie der Krankheiten des Nervensystems*, 1869.

[6] H. Liouville. — *Contribution à l'étude anatomo-pathol. de la méningite cérébrospinale tuberculeuse* (Archives de physiologie, 1870, 490).

les tubercules ne se trouvent pas seulement dans les méninges, mais aussi dans le tissu conjonctif de la moelle où ils peuvent occasionner une inflammation subaiguë et parle d'une méningomyélite tuberculeuse. Dans son travail, publié dans les *Archives de physiologie*, Liouville distingue les trois formes suivantes de la tuberculose de la moelle : *a*) l'inflammation tuberculeuse des enveloppes ; *b*) l'inflammation tuberculeuse des enveloppes et de la moelle ; *c*) la tuberculisation de la moelle.

Le mémoire de Liouville indique un progrès important dans nos connaissances sur ce sujet et Dujardin-Beaumetz a pu dire avec raison, dans sa thèse d'agrégation : *De la myélite aiguë*, que Liouville par ses travaux sur les anévrysmes miliaires et sur la méningomyélite tuberculeuse « ouvrait encore des aperçus nouveaux à la science ». En 1874, Liouville communique dans le *Progrès médical*, p. 709 (*Nouveaux exemples de lésions tuberculeuses dans la moelle épinière*) un nouveau cas de tubercule solitaire et, revenant de nouveau sur les cas qu'il a présentés quelques années auparavant, s'étend tout particulièrement sur l'anatomie pathologique.

Hayem [1] cite chez un homme de trente-sept ans un cas de tubercule solitaire dans la région lombaire, région qui, d'après cet auteur, serait prédisposée à la tuberculose. Il démontre que les tubercules de la moelle peuvent être primitifs sans trace de tuberculose dans les autres organes. Chvostek [2] cite deux cas de tubercules solitaires, assez petits, avec une myélite consécutive de voisinage; le premier s'est manifesté sous les symptômes d'une myélite aiguë. Leyden [3] fait voir que la tuberculose de la moelle est rare, et il ajoute qu'on peut trouver relativement encore plus souvent des tubercules solitaires. Il n'a pas vu de cas avérés de tuberculose nodulaire dans les méninges spinales. Il cite encore, outre Ollivier et Lebert, les auteurs suivants : Abercrombie, Guersant, Gerdon, Andral, Laurance, Eager, Gull et Eisenschütz. D'après cet auteur, la tuberculose envahit plus souvent la partie supérieure que la partie inférieure de la moelle lombaire. Au point de vue cli-

[1] G. Hayem. — *Observation pour servir à l'histoire des tubercules de la moelle épinière.* Arch. de phys., 1873.

[2] Chvostek. — *Zwei Fälle von Tuberkl des Rückenmarkes* (Wien. med. Presse, 1873, p. 810).

[3] Leyden. — *Klinik der Rückenmarkskrankheiten*, 1874, I, Bd., p. 473.

nique, elle se manifeste soit sous les symptômes d'une tumeur de la moelle, soit sous ceux d'une myélite aiguë (akute Erweichung). On peut supposer l'existence de la tuberculose dans la moelle, mais on ne saurait en certifier le diagnostic. Enfin cet auteur déclare que la méningite spinale se joint plus souvent que l'on ne croit à la méningite basale.

Erb[1] cite dans son livre, Leyden, Weber (*Deutsche Klinik*, 1852), Bierbaum et Köhler (*Journal für Kinderheilkunde* 1859), qui mentionnent la méningite spinale à côté de la méningite basale. Dès lors, la méningite spinale tuberculeuse dont Hasse et Leyden ont déjà fait mention attire l'attention de plusieurs auteurs. Schultze[2] (1876) communique un cas de leptoméningite tuberculeuse aiguë avec examen de la moelle. Un peu plus tard, en 1879, le même auteur[3] communique un cas de tuberculose dans les faisceaux pyramidaux et, discutant de nouveau son premier cas, montre que les affections de la base du cerveau se compliquent presque toujours de lésions spinales.

Dans la thèse de Châteaufort[4], 1878, on trouve un chapitre étendu et précis sur la méningite et méningomyélite tuberculeuse, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique. Williams[5] rapporte trois cas de méningite compliquée de méningite basale et, jugeant d'après les symptômes cliniques, croit que les enveloppes rachidiennes sont plutôt attaquées que les méninges du cerveau. Charcot, dans ses *Leçons sur les maladies du système nerveux*, tome II, 1880, dit qu'on peut considérer la tuberculose solitaire, après le gliome, comme une des tumeurs intraspinales les plus fréquentes et qu'elle coïncide en général avec des tuberculoses développées dans d'autres organes.

Kohts[6] (1885) étudie la casuistique et la symptomatologie

[1] Erb. — *Handbuch der Krankheiten des Nervensystems*, II, 1876, p. 229.

[2] Fr. Schultze. — *Leptomeningitis acuta tuberculosa cerebrospinalis, vulgo meningitis basilaris.* (Virchow. Archiv., 1876.)

[3] F. Schultze. — *Zur Symptomatologie u. pathol. Anatomie der tuberkulosen u. entzündlichen Erkrankungen und der Tuberk. des cerebrospinalen Nervensystems.* (Deut. Arch. f. klin Med., 1879, p. 297.)

[4] De Châteaufort. — *Contribution à l'étude de la méningite spinale tuberculeuse*, 1878.

[5] A.-C. Williams. — *Das Verhalten des Ruckenmarks u. seiner Häute bei tuberkuloser und eitriger Basilarmeningitis.* (Deut. Arch. f. klin. Med., 1879, p. 292.)

[6] Kohts. — *Ueber Rückenmarkstumoren in Kinderalter.* (Wien. med., Blt., 1885, p. 41-43.)

des tuberculoses solitaires dans l'enfance. La même année, Margerite[1], un des élèves de Raymond, s'étend en particulier sur les troubles sensitifs dans la tuberculose aiguë et les rattache à des lésions anatomiques nerveuses. Cette même année encore, Voisenet, également élève de Raymond, exprime dans sa thèse concernant les différentes formes de myélites tuberculeuses l'opinion de son maître. Il classifie les tuberculoses de la moelle de la même manière que Raymond[2] dans un article publié en 1886, dans la *Revue de médecine*. Cet auteur insiste surtout sur la fréquence de la leptomyélite tuberculeuse dans le cours de la tuberculose des divers organes, et rappelle que l'on ne la recherche pas assidûment. Nous reviendrons au travail de Margerite dans un autre article, et ferons seulement remarquer ici que l'on peut, en effet, rattacher aux lésions anatomiques les diverses douleurs et paresthésies, déjà mentionnées par Valleix, Gunsburg et Valshe dans le cours de la tuberculose pulmonaire et étudiées principalement par Beau, Leudet, Guéneau de Mussy, Eder, Lebert, etc. L'explication que donne à cet égard Weil dans la *Revue de médecine*, 1893, n° 6, et d'après laquelle il faut rattacher ces douleurs et ces paresthésies aux troubles fonctionnels cérébraux par suite de l'excitation venue des nerfs bronchiques et pulmonaires, ne nous paraît pas exacte.

Raymond range les myélites capables de se développer dans le cours de la tuberculose en deux catégories distinctes, savoir :

1° Myélites chroniques, caractérisées anatomiquement par l'existence d'une ou de plusieurs tumeurs tuberculeuses d'assez fort volume, avec dégénérescence secondaire esquissée ou complète;

2° Myélites aiguës, qui se présentent sous deux formes distinctes très voisines en apparence : *a*) les myélites diffuses nodulaires; *b*) les myélites diffuses infiltrées. Ces deux formes coexistent presque toujours ensemble et sont accompagnées de lésions des méninges et d'une leptomyélite corticale et généralisée. Leur symptomatologie est différente, mais il leur manque la dégénérescence secondaire.

[1] A. Margerite. — *Etude sur les troubles sensitifs dans la tuberculose aiguë* (thèse de Paris, 1885).

[2] Raymond. — *Des différentes formes de leptomyélites tuberculeuses.* (Revue de méd., 1886.)

Hellich[1] a décrit chez un homme de quarante-deux ans un cas de tuberculose solitaire dans la région lombaire. Ce tubercule est parti des vaisseaux centraux. Son travail est remarquable surtout par un examen microscopique très détaillé de la structure de la tumeur et des lésions consécutives de la moelle. Un nouveau cas de tubercule solitaire dans la région cervicale a été décrit par Sachs[2].

Obolonsky[3] relate un cas de tuberculose de la moelle dans lequel on a pu constater la propagation du processus tuberculeux par la voie du canal central. Un bel exemple de tuberculose nodulaire de Raymond a été rapporté par Rendu[4]. Dans sa thèse d'inauguration, Gunsser[5] mentionne un cas de tuberculose nodulaire de la moelle, présentant au point de vue clinique les symptômes d'une myélite chronique. Dans son index bibliographique, le même auteur cite encore les travaux de Bideau, Green, Gendrin (1829); Holmess, Jaccoud, Lacher (1832) et Lepelletier (1849).

Enfin Raymond[6] communique dans la *Revue neurologique* un cas de méningomyélite aiguë limitée à la partie inférieure du renflement cervical dans le cours du mal de Pott.

Nous regrettons de n'avoir pu prendre connaissance du travail de Cornil : *Tuberculose méningo-cérébrale*, Arch. de physiol., 1868, ni de celui de Berthod sur la *Méningite tuberculeuse* dans la Gazette méd. de Paris, 1884.

Tels sont les principaux ouvrages que nous avons pu consulter sur les diverses formes de la tuberculose de la moelle.

Dans le présent travail, je me propose de communiquer un cas de tuberculose nodulaire et infiltrée, que j'ai eu l'occasion

[1] B. Hellich. — *Ozmënàch v. misé pri solitarnich nadorech puvodu infekëniho* (*Considérations sur les lésions de la moelle produites par les tumeurs d'origine infectieuse*). *Sbornik lekarsky*. (Archives bohêmes de médecine, II, 1, 1887.)

[2] B. Sachs. — *Kurze Mittheilungen ueber einen Fall von solitären Tuberk. des Halsrückenmarkes.* (Neurol. Centralblatt, 1887.)

[3] Obolonsky aus Charkow. — *Ueber einen fall von Ruckenmarkstuberkulose mit Verbreitung des tuberkulösen Prozesses auf dem Wege des Centralkanals*. (Zeitschr. f. Heilkunde, 1888.)

[4] Rendu. — *Méningomyélites tuberculeuses.* (*Union médicale*, 1889, 26.)

[5] E. Gunsser. — *Beitrage zur Kenntnis der Rückenmarkstuberkulose.* Tübingen, 1890.

[6] *Mal de Pott cervical. Leptoméningite chronique. Poussée de méningomyélite aiguë limitée à la partie inférieure du renflement cervical. Hématomyélie.* (Revue neurol., 1893, 5-6.)

d'examiner dans la clinique de notre maître très regretté et très illustre, le professeur Charcot, auquel je ne puis malheureusement plus faire parvenir mes sentiments de profonde gratitude pour la bonté et l'extrême bienveillance qu'il nous a témoignées à nous étrangers, venus de loin pour profiter de ses admirables enseignements. Je remercie vivement mon ami, M. le D[r] Dutil, ancien chef de clinique, qui a bien voulu mettre à ma disposition les pièces anatomiques et qui m'a communiqué les résultats de l'examen clinique.

Observation. — M[me] P..., vingt-six ans, sans profession, entre à la Salpêtrière le 11 février 1892, salle Duchenne de Boulogne (service de M. le professeur Charcot). M. Dutil a vu cette malade pour la première fois, à son domicile, en février. Voici les renseignements qui furent alors fournis par la malade et par son médecin : Pas d'antécédents héréditaires. Aucune maladie antérieure grave. Santé habituelle parfaite. Aucun indice de syphilis. M[me] P..., s'est mariée à vingt-trois ans. Elle n'a pas eu d'enfants, n'a pas fait de fausses couches. Elle est veuve depuis dix mois. Son mari est mort phtisique; elle l'a soigné pendant tout le cours de sa maladie: elle a dû se fatiguer beaucoup, passer des nuits près de lui, se surmener durant les dernières semaines qui ont précédé sa mort. Deux mois après la mort de son mari, M[me] V... a commencé à maigrir, à tousser, à perdre ses forces. Elle alla alors sur le conseil de son médecin passer un mois à la campagne. Là, sa santé se rétablit rapidement, elle reprit ses forces et son embonpoint ordinaire et revint à Paris.

Il y a trois mois environ, vers le 15 novembre 1891, elle ressentit des fourmillements, des picotements dans les pieds, les jambes et à la partie antérieure des cuisses. Cela s'accompagnait d'un certain degré de faiblesse des membres inférieurs. Ces troubles persistèrent par la suite avec des périodes d'amélioration et des retours, pendant tout le mois de décembre 1891 et de janvier 1892. Cela ne l'empêchait pas de vaquer à ses occupations, elle allait, avançait comme à l'ordinaire, mais ses jambes lui paraissaient lourdes; une promenade un peu longue, le fait de monter l'escalier, etc., produisaient une fatigue excessive. Les choses étaient dans cet état lorsque, le 26 janvier au matin, elle éprouva dans les membres inférieurs et la partie inférieure du tronc, une sensation d'engourdissement et de froid très prononcée. En quelques heures ses jambes s'affaiblirent au point qu'il lui fut impossible de se tenir debout; elle se mit au lit; la paralysie s'accentua rapidement; le 28, rétention d'urine.

Le 3 février, voici ce que M. Dutil a constaté : paralysie à peu près complète des membres inférieurs. La malade est incapable de

soulever ses jambes au-dessus du plan du lit. Dans le membre inférieur gauche quelques légers mouvements sont possibles; mouvements d'adduction de la cuisse, de flexion de la jambe sur la cuisse. Mais ces mouvements sont lents, difficiles et ne s'accomplissent qu'avec un effort énergique de la part de la malade. La paralysie est flasque; pas de trace de raideur; les réflexes rotuliens sont abolis à gauche, très faibles à droite. Rétention d'urine complète nécessitant l'emploi de la sonde. Rétention des matières fécales. Anesthésie comprenant toute l'étendue des deux membres inférieurs et la partie inférieure du tronc limitée en haut suivant une ligne circulaire passant par la sixième ou septième vertèbre dorsale en arrière, à peu près à égale distance de l'ombilic et de la pointe du sternum en avant. Une particularité remarquable, c'est que cette anesthésie est nettement dissociée. Le tact est partout bien conservé, sauf au niveau de la partie antérieure de la cuisse gauche où il est un peu affaibli mais non aboli. Par contre la douleur (piqûre, pincement), le contact d'un corps froid ou chaud. linge mouillé, une légère brûlure même) ne sont pas du tout perçus dans tout le territoire de l'anesthésie. Pas de douleurs spontanées mais des picotements très marqués, insupportables en divers points des membres inférieurs et une sensation de constriction enserrant comme une ceinture la partie inférieure de l'abdomen et les flancs. Pas de troubles trophiques. Pas d'œdème. Rien aux membres supérieurs. Pas trace de fièvre. Rien à la face. Pas de troubles oculaires. Facies pâle. La malade tousse un peu depuis quelques semaines. Submatité et respiration très affaiblie sous la clavicule gauche. Rien autre.

Le 14 février, la malade entre à la Salpêtrière. Le 20 février, elle était dans l'état suivant : La paralysie est absolue. Le réflexe rotulien du côté gauche est aboli, du côté droit un peu exagéré. Mais pas de trépidation du pied. L'anesthésie persiste; son étendue et sa limite ne semblent pas s'être modifiées. Mais il n'y a plus de dissociation. Le tact est partout aboli. Rétention d'urine. Quelques élancements douloureux dans les flancs. La malade se plaint de fourmillements dans les doigts de la main droite.

Le 2 mars : L'atrophie des muscles, des jambes et des cuisses est très apparente. Les autres syptômes précédemment cités persistent. Cependant les réflexes rotuliens sont abolis des deux côtés. La limite de l'anesthésie maintenant s'est élevée jusqu'au niveau des reins. Les membres supérieurs sont notablement intéressés. La malade peut à peine porter ses mains à la tête. Il y a un peu d'atrophie de l'éminence thénar et du premier interosseux de la main droite. Fourmillements. Elancements douloureux, mais pas de troubles bien nets de la sensibilité provoquée. Les lésions des sommets ont fait des progrès. Craquements, respiration soufflante aux deux sommets, sous les clavicules et jusque dans la fosse

sous-épineuse en arrière. Depuis quelques jours la malade a de la fièvre (38° à 39°). Elle vomit presque tous les aliments. Commencement d'escarre au sacrum. Pas d'autres troubles trophiques. L'amaigrissement fait des progrès rapides. Le 10 mars, la malade succombe.

Autopsie. — Tuberculose pulmonaire au troisième degré. La moelle et le nerf sciatique gauche ont seuls été enlevés.

La moelle a été durcie dans le liquide de Müller. Sur la coupe, à l'œil nu, on trouve dans les cordons latéraux de toute l'étendue de la moelle dorsale et de la partie inférieure de la moelle cervicale des échancrures plus ou moins prononcées dont la coloration grisâtre contraste clairement avec celle du tissu voisin (*fig.* 6). Les

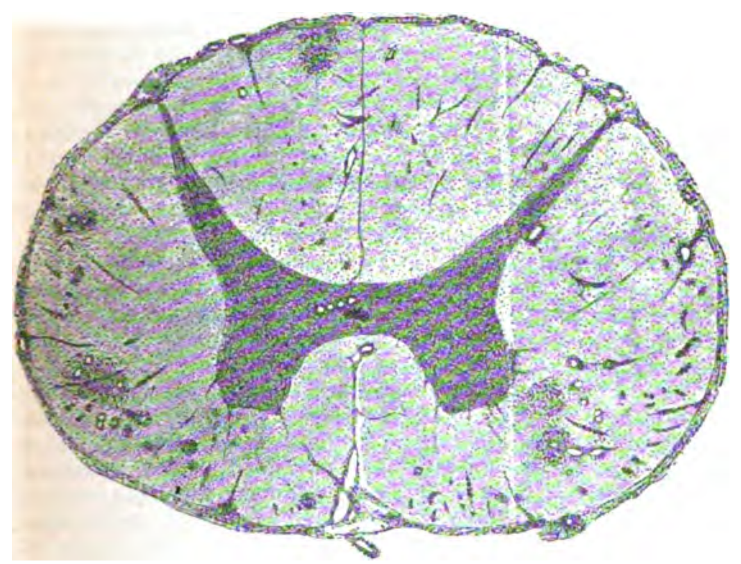


Fig. 6.

faisceaux de Goll ont la périphérie de même coloration. Les contours de la substance grise sont très nets, et sauf quelques fentes qui se montrent principalement dans la partie inférieure de la moelle cervicale, on ne trouve pas macroscopiquement d'autres lésions visibles.

On a soumis à l'examen microscopique les pièces suivantes :

A. — I. II. Deux portions prises dans la moelle cervicale de la partie inférieure. — III. Une portion prise sur la limite qui sépare la

moelle cervicale de la moelle dorsale. — *B*. Une portion de la partie supérieure de la moelle dorsale. — *C*. Une portion de la partie inférieure de la moelle dorsale. — *D*. Enfin une portion de la moelle lombaire. — Les coupes ont été colorées par l'hématoxyline simple, par l'hématoxyline de Pal et de Weigert, par le picrocarmin, enfin par la méthode de Letulle, à cause de la coloration des bacilles tuberculeux.

Quoique les lésions trouvées dans la moelle ne diffèrent que par l'intensité du processus morbide, nous allons décrire cependant les lésions trouvées dans chaque portion nommée ci-dessus. Nous commencerons par la moelle cervicale et nous finirons par la moelle lombaire.

A. *Moelle cervicale*. — I. La pie-mère est épaissie et infiltrée par des leucocytes. L'infiltration est surtout marquée dans le voisinage des vaisseaux qui sont dilatés et remplis de beaucoup de sang. Les parois des vaisseaux sont de même infiltrées de leucocytes et de grains un peu allongés. Dans quelques endroits les leucocytes forment de petits îlots. Dans les endroits où les tractus conjonctifs et vasculaires émanent des méninges et se propagent dans la substance nerveuse, on trouve l'infiltration de la pie-mère très abondante et elle se continue *dans la moelle* le long de ces tractus. L'arachnoïde est légèrement épaissie.

Dans les substances blanche et grise on trouve les noyaux de névroglie multipliés. On observe régulièrement dans la gaine des vaisseaux, dont les parois sont infiltrées, des agglomérations plus ou moins intenses de leucocytes. Ces infiltrations, s'assemblant autour des vaisseaux, prennent soit la forme d'un cylindre, soit celle d'un anneau. Elles sont surtout marquées à la périphérie des faisceaux de Goll et de Burdach. Les deux racines postérieures sont infiltrées de la même manière. On trouve encore, dans les racines antérieures et postérieures, que leur péri et endonèvre est parsemé de noyaux et de leucocytes. Dans les faisceaux latéraux on distingue une prolifération de la névroglie dont les réseaux multipliés se propagent dans quelques endroits jusque vers la substance grise. La prolifération de la névroglie est surtout plus prononcée du côté droit dans les faisceaux cérébelleux et dans ceux de Gowers. Elle se trouve même dans le cordon antérieur et surtout dans le faisceau pyramidal direct.

Le canal central est oblitéré et il en reste une petite cavité pavée par l'épendyme. Dans quelques coupes, le canal central est entièrement oblitéré; mais dans toutes, on trouve, à côté de la prolifération des cellules de l'épendyme, une prolifération abondante de la névroglie autour du canal central.

A côté de ces lésions, on voit, dans le faisceau de Burdach, du côté droit, à la périphérie, dans le voisinage de la corne postérieure,

un tubercule composé de cellules épithéloïdes et de leucocytes qui se trouvent à la périphérie du tubercule. Dans le voisinage de la corne postérieure gauche, on trouve, au côté interne près la périphérie, un îlot de leucocytes qui s'amoindrit et finit même par disparaître entièrement à mesure que l'on descend.

Sur les coupes colorées par la méthode de Pal, on remarque que la dégénérescence de la substance blanche est en rapport direct avec les infiltrations isolées que nous mentionnons ci-dessus. Ainsi, elle est visible dans le cordon postérieur et dans le cordon latéral.

La commissure postérieure devient plus large. La dégénérescence des tubes nerveux commence à apparaître même dans les racines postérieures au point où l'on trouve l'infiltration surtout abondante.

II. Les lésions de la moelle cervicale de la seconde portion, sont plus intenses. L'infiltration de la pie-mère, qui adhère à la moelle, surtout dans la partie postérieure, gagne encore en intensité. Dans une des coupes, on y trouve, au côté interne des racines postérieures, un tubercule composé de cellules épithéloïdes et de leucocytes. Dans la série des coupes, on peut se convaincre que ce tubercule se place sur la courbure d'un vaisseau dont les parois présentent une infiltration intense.

Au côté externe des racines antérieures droites, on observe une infiltration de leucocytes, isolée et allongée, qui représente sans doute aussi un tubercule. Sur toute la surface des coupes, les noyaux et les leucocytes augmentent beaucoup plus que nous ne l'avons indiqué plus haut. Autour du canal central oblitéré partiellement, on voit une riche prolifération de la névroglie. Dans quelques coupes, on trouve à la place du canal, deux cavités qui peuvent s'allonger en villosité. Dans la commissure antérieure d'une de ces coupes (*fig.* 7), on trouve une agglomération allongée de leucocytes que l'on peut voir même dans d'autres coupes, où elle est remplacée par un vaisseau. Or, on peut bien supposer que dans ce dernier cas le tubercule a été posé sur la paroi d'un vaisseau.

Dans le cordon latéral, on voit six agglomérations de leucocytes d'assez grand volume réunies en partie. Quelques agglomérations, sur des coupes provenant de la partie plus basse, disparaissent entièrement, d'autres se présentent sous forme de nodules tuberculeux typiques. C'est encore dans cette partie de la moelle que l'on voit à la périphérie du cordon latéral, dans le voisinage des racines postérieures, deux tubercules isolés contenant des cellules géantes. On peut suivre ces deux tubercules encore plus bas, mais on ne voit plus les cellules géantes.

Le processus de la prolifération de la névroglie s'accentue encore surtout dans le cordon latéral droit. Nous apercevons sur quelques coupes la surface entière du cordon latéral droit parsemée de petites

agglomérations de leucocytes qui sont plus ou moins isolées. Dans le faisceau droit de Goll se trouve, à la périphérie, un tubercule composé de leucocytes et, dans son voisinage, également une

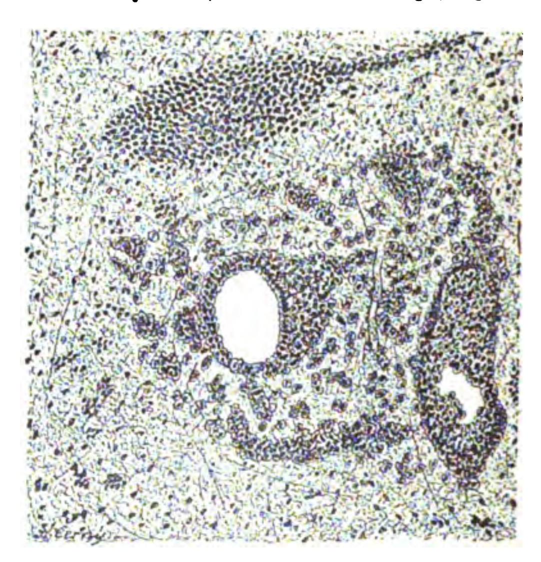


Fig. 7.

agglomération de leucocytes que l'on peut suivre dans beaucoup de coupes.

La dégénérescence des faisceaux de Gol estplus étendue que nous ne l'avons vu plus haut, et c'est le faisceau gauche qui est plus atteint que le faisceau droit.

La dégénérescence des fibres nerveuses dans les cordons latéraux marche parallèlement avec la propagation du processus tuberculeux.

Les cellules ganglionnaires ne sont pas visiblement altérées ; on peut remarquer seulement que quelques-unes offrent une pigmentation assez bien marquée.

Elles se colorent facilement avec le picrocarmin, ainsi que les cylindres-axes dans les parties qui n'étaient pas envahies par les infiltrations et les tubercules.

Nous n'avons pas pu colorer les bacilles tuberculeux. De même, M. le Dr Metschnikoff[1], qui a bien voulu faire colorer quelques

[1] Nous prions M. le Dr Metschnikoff de croire à toute notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a témoignée.

coupes, est parvenu au même résultat. Par la méthode de Gram nous n'avons pu colorer ni les coccus, ni les autres microorganismes.

La dure-mère présente seulement à la surface interne quelques noyaux qui se sont multipliés.

III. — Dans les coupes provenant de cette partie de la moelle, on voit très distinctement la manière dont les infiltrations se placent sur les vaisseaux, dont elles les entourent et enfin comment elles suivent leur cours.

Dans la série des coupes, on voit l'amoindrissement des infiltrations isolées et confluentes, qui se trouvent dans les cordons latéraux et dans le cordon gauche en particulier. Sur quelques coupes, nous observons, au lieu d'infiltrations, une section transverse de vaisseaux plus ou moins grands dont la gaine est remplie d'un grand nombre de leucocytes.

A la périphérie des deux cordons de Goll commencent à appa-

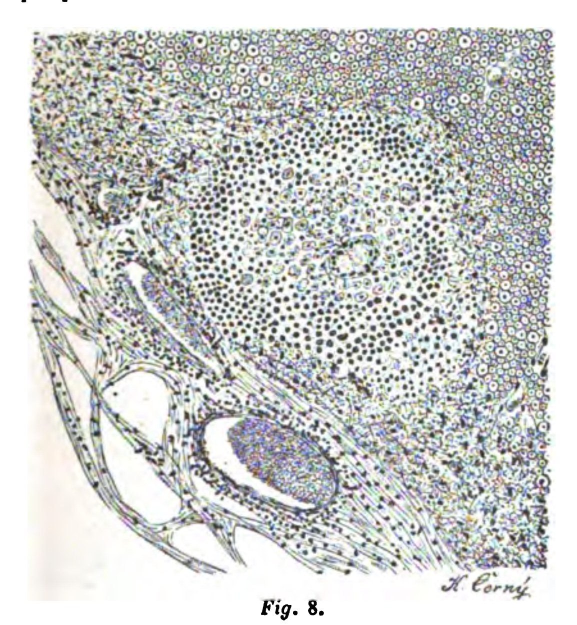


Fig. 8.

raître de petits îlots de cellules rondes placées, en partie, autour d'un vaisseau (*fig.* 8). Dans une coupe, on a pu observer, au côté externe du cordon postérieur droit, un nodule tuberculeux périphérique, dans une autre coupe, on trouve, sur le côté externe des

racines antérieures droites, un tubercule contenant deux cellules géantes, situé directement sous la pie-mère. Le canal central est oblitéré et, dans le tissu périépendymaire, on observe une prolifération abondante de la névroglie. Dans la pie-mère, qui nous offre la même image que nous avons décrite plus haut, on voit un tubercule sur le côté externe des racines postérieures droites.

Sur les coupes provenant de cette partie de la moelle l'infiltration des parois des vaisseaux est particulièrement abondante et elle pénètre toutes les couches de ces mêmes parois.

Dans l'artère spinale antérieure, on observe une petite agglomération isolée et composée de cellules épithéliales.

B. *Moelle dorsale :* I (*partie supérieure*). — C'est dans cette partie que l'on rencontre les lésions les plus intenses.

Dans la pie-mère, les infiltrations sont abondantes, surtout dans la région de l'émergence des racines spinales.

Les infiltrations isolées et les nodules tuberculeux, dont nous avons parlé plus haut, se rencontrent aussi dans les cordons latéraux de la moelle dorsale. Ils y atteignent des dimensions plus considérables et se trouvent même dans les faisceaux pyramidaux des cordons extérieurs. Ils se présentent sous le même aspect comme nous l'avons vu plus haut.

On rencontre dans cette partie même de fines hémorragies capillaires dans les cordons latéraux. Dans les faisceaux de Goll et dans ceux de Burdach, on observe un nombre considérable de vaisseaux entourés de petits amas de leucocytes. Il y a aussi quelques amas de leucocytes qui ne contiennent pas de vaisseau au centre.

La surface entière de la moelle est riche en leucocytes et en noyaux. Les vaisseaux autour du canal central oblitéré sont excessivement dilatés. De même, la prolifération de la névroglie dans le tissu périépendymaire est très abondante. Les racines spinales antérieures droites sont enflammées et en partie sclérosées. De même, les racines postérieures, surtout du côté droit, sont infiltrées et on trouve, dans une coupe, un tubercule composé de cellules épithélioïdes.

Si nous envisageons quelques coupes en particulier, nous pouvons remarquer que, dans quelques-unes, les nombreux vaisseaux entourés de petits amas de leucocytes, qui se trouvent dans le faisceau pyramidal droit, sont remplacés par une agglomération de leucocytes affectant la forme triangulaire, tandis que dans d'autres on ne voit à la même place qu'un tubercule composé de leucocytes.

Les infiltrations trouvées dans les cordons latéraux, forment des agglomérations nodulaires et deviennent plus nombreuses; c'est ce qui se passe aussi dans les faisceaux de Goll ou de Burdach.

Dans le segment correspondant à la troisième vertèbre dorsale, on constate que les petits amas de leucocytes se continuent dans les

cornes antérieures. Dans les coupes provenant de la même partie de la moelle, les cornes postérieures et surtout la corne postérieure gauche, sont parsemées d'un plus grand nombre de noyaux et de leucocytes qui peuvent se grouper, dans quelques endroits, en petits amas.

Dans ces coupes l'hypérémie de toute la surface de la moelle est très apparente. Elle est surtout marquée autour des infiltrations mentionnées.

Les racines postérieures sont atteintes d'une endonévrite remarquable.

Dans une coupe on voit se propager dans la substance nerveuse une infiltration allongée, en connexion avec un tubercule muni de cellules géantes. Ce tubercule se trouve sur le côté externe de la racine postérieure gauche.

Sur les mêmes coupes nous voyons encore, dans le faisceau pyramidal croisé droit, deux nodules confluents placés tous deux sur les vaisseaux.

Dans la corne postérieure gauche, vers la périphérie se rencontrent de petits nodules embryonnaires. La corne antérieure droite renferme un très petit amas de leucocytes à forme triangulaire. Au côté gauche du canal central, dans la commissure grise, il y a également un petit groupe de leucocytes. Dans la corne postérieure droite, le long d'un vaisseau, on remarque une infiltration très dense et allongée, près de laquelle se trouve un nodule logé dans le faisceau de Burdach.

Les endroits où nous avons vu les nodules ou les infiltrations confluentes ne se colorent pas par la méthode de Pal, et dans leur proximité, on voit les phénomènes typiques d'une inflammation.

Les coupes colorées par le picrocarmin ne nous offrent rien de spécial.

L'examen bactériologique reste négatif.

C. *Partie dorsale inférieure.* — En ce qui concerne les caractères généraux, on constate dans cette partie de la moelle les mêmes lésions que nous avons indiquées dans la partie supérieure. Mais elles y sont beaucoup moins intenses. Ces lésions envahissent surtout le cordon latéral et le cordon antérieur. Dans les cordons latéraux, on trouve de nouveau des infiltrations plus ou moins isolées ou plus ou moins diffuses, qui ont entraîné la dégénérescence de la substance nerveuse. Dans le canal central et dans la pie-mère nous avons remarqué les mêmes lésions que dans la partie supérieure. Le cordon postérieur, sauf une légère infiltration le long d'un vaisseau, reste intact. De plus, nous avons constaté une légère inflammation du péri et endonèvre des deux racines antérieures et postérieures.

D. *Partie lombaire.* — On trouve seulement dans cette partie une

légère augmentation des noyaux et des leucocytes de la pie-mère ainsi que de la surface de la moelle. Les parois des vaisseaux y sont aussi légèrement infiltrées et le canal central est oblitéré. Dans les cordons latéraux la dégénérescence corticale des tubes nerveux est insignifiante.

Nous avons par conséquent constaté dans la pie-mère, dans les racines spinales et dans la moelle, soit des lésions diffuses inflammatoires, soit des nodules tuberculeux typiques et isolés, plus ou moins grands, des infiltrations qui se placent le plus souvent sur les vaisseaux dont elles remplissent la gaine. Elles se propagent, principalement à partir de la périphérie, le long des vaisseaux et des tractus conjonctifs dans l'intérieur de la moelle où elles peuvent envahir la substance blanche et la substance grise.

On a pu trouver les cellules géantes non seulement dans les nodules de la moelle dorsale, mais aussi dans ceux de la partie cervicale.

Le processus morbide a atteint son maximum d'étendue dans la partie supérieure de la moelle dorsale.

Il s'agit donc d'une leptoméningite et de tuberculisation de la moelle.

En récapitulant la marche des symptômes cliniques et en les comparant avec les résultats anatomiques, nous voyons que l'hypérémie des méninges et une faible irritation des racines postérieures expliquent les premiers symptômes, à savoir : le fourmillement, les picotements dans les pieds, dans les jambes et à la partie antérieure des cuisses, un certain degré de faiblesse des membres inférieurs, etc. La sensation subite d'engourdissement et de froid, très prononcée dans les membres inférieurs et dans la partie inférieure du tronc, de plus la paralysie subite des membres inférieurs nous indiquent que les méninges et la moelle, ainsi que les racines de quelques points, ont été envahies en même temps par le processus tuberculeux. Il est évident que, les douleurs n'étant pas présentes, la pie-mère ne pouvait pas être atteinte plus tôt d'une manière grave et la moelle être complètement libre de tuberculose. Au contraire, il est très probable que des nodules tuberculeux pouvaient déjà exister dans la moelle. Le processus morbide a envahi d'abord la moelle dorsale où il s'est propagé irrégulièrement et dans toute sa longueur, et où il a causé de cette manière les symptômes d'une myélite transverse.

Nous voyons déjà, le 3 février, que le membre inférieur droit est complètement paralysé tandis que, dans le membre

inférieur gauche, persistent encore quelques légers mouvements. L'anesthésie atteint les membres inférieurs et s'étend dans le tronc jusqu'à la sixième et septième vertèbre dorsale et en avant jusqu'à l'apophyse xyphoïde. Cette anesthésie est nettement dissociée. Le tact est partout bien conservé. Par contre la douleur (piqûre, pincement), le contact des corps froids et chauds (légère brûlure) ne sont pas du tout perçus.

Il n'y a pas de douleurs spontanées mais seulement des picotements très marqués dans les membres inférieurs avec sensation de constriction, serrant comme une ceinture la partie inférieure de l'abdomen et les flancs.

L'explication de la dissociation mentionnée est assez difficile. Pouvons-nous supposer que les lésions, trouvées dans les deux commissures grises, ont existé avant que les cordons postérieurs et les racines postérieures aient été atteints[1]? Dans ce cas on pourrait expliquer l'apparition et la disparition de la dissociation. Elle a disparu, le 14 février, tandis que l'anesthésie a persisté. A cette époque on pouvait déjà remarquer les douleurs, fait qui nous montre que les racines postérieures étaient gravement atteintes.

Alors les fourmillements dans les doigts de la main droite commencent à apparaître (le processus a franchi la moelle dorsale) et, le 2 mars, on voit les deux membres supérieurs atteints. Ensuite se développe l'atrophie; elle commence à apparaître dans l'éminence thénar et dans le premier interosseux de la main droite (racines antérieures atteintes). La mort a été causée par les troubles généraux provenant de la tuberculose pulmonaire et elle est survenue avant que le processus qui se développait dans la moelle, eut envahi la partie supérieure de la moelle cervicale.

Nous allons maintenant étudier tout spécialement la forme nodulaire de la tuberculose de la moelle. Dans les travaux publiés jusqu'à présent par Liouville[1], Hutinel, Raymond, Rendu, Gunsser et nous-même, on a observé la tuberculose

[1] Minor, *Centrale Hæmatomyelie* (Archiv. für Psychiatrie und Nervenheilkunde, XXXV), a pu observer la dissociation de la sensibilité après les hémorragies dans le voisinage du canal central et Rosenthal l'a pu remarquer au cours d'une myélite consécutive à une carie des os. Voir *Handbuch der Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten*, Erlangen, 1870. Dans le cas de M. Rosenthal, il y avait des lésions autour du canal central.

nodulaire de la moelle, toujours coexistante avec la tuberculose des autres organes. Elle a été liée régulièrement à la tuberculose des poumons dans le stade très avancé. C'est la partie dorsale de la moelle qui est le plus souvent envahie. S'il s'agit d'infection métastatique et généralisée, elle se propage graduellement en causant le tableau de la myélite aiguë ou subaiguë ou enfin de la myélite chronique. Cette forme de tuberculose de la moelle est très rare.

Voici la statistique de l'institut pathologique tchèque[1] de Prague, qui vient à l'appui de ce que nous avançons. Depuis le mois de janvier 1884 jusqu'au mois de décembre 1891, on y a fait 5,000 *autopsies* et l'on a constaté 2,090 cas de tuberculose des divers organes, surtout des poumons. Avec ces cas de tuberculose on a vu coexister :

A. *Cerveau.* — *a*). 75 cas de méningite tuberculeuse miliaire basale dans lesquels il y avait eu, en coexistence, 8 cas de tubercules solitaires, un abcès, une fois le ramollissement, et une fois la tuberculose de la protubérance ; — *b*). 2 cas de leptoméningite purulente après la carie de l'os pétreux, dans un cas il y avait en même temps abcès du cervelet ; — *c*). On a trouvé un nodule calcifié dans la capsule interne (1 cas) ; — *d*). La tuberculose de la dure-mère (2 cas) ; — *e*). 17 cas de tubercules solitaires ; — *f*). 1 cas d'éruption miliaire des méninges du cervelet ; — *g*). 2 cas de méningite *de la convexité* du cerveau.

On a donc trouvé dans quelques cas la tuberculose du cerveau.

B. *Cerveau et moelle.* — *a*). 6 cas de méningite cérébrospinale tuberculeuse, une fois compliquée de myélite et d'hématomyélie, une fois de tubercule solitaire et de pachyméningite spinale et enfin, dans un cas, il s'agissait de méningite purulente ; — *b*). 3 cas de tubercules solitaires dans le cerveau et dans la moelle.

Dans 9 cas, on a trouvé la tuberculose du cerveau et de la moelle.

C. *Moelle*[2]. — La moelle n'a été atteinte que dans 12 cas,

[1] Je remercie vivement M. le professeur Hlava qui a bien voulu mettre à ma disposition ces travaux de statistique.

[2] Mais il faut tenir compte de ce fait que l'on n'a pas enlevé, dans tous ces 2,090 cas, la moelle épinière. Cependant nous pouvons dire que nous ne sommes pas très loin de la vérité.

savoir : *a*). 7 cas de méningite après carie des côtes ou des vertèbres ; — *b*). 1 cas de méningo-myélite après carie des vertèbres ; — *c*). 1 cas de tuberculose de la dure-mère ; — *d*). 2 cas de tubercules solitaires et enfin *e*). 1 cas où il s'agissait de la tuberculose de la dure-mère, après carie des vertèbres, combinée avec la myélite transverse.

	Méningite basale. Leptoméningite spinale.	Méningite cérébro-spinale.	Leptoméningite purulente.	Tuberculose de la dure-mère.	Tubercules solitaires.	Méningite tuberculeuse de la convexité du cerveau.	Tuberculose infiltrée des gyrus.	Méningo-myélite.	Total.
Cerveau. . .	75	»	2	2	17	2	1	»	99
Cerveau et moelle. .	»	6	»	»	»	»	»	»	6
Moelle . . .	7	»	»	2 myélite transv.	2	»	»	1	12

Nous ne trouvons dans notre statistique que 3 *cas* où l'on pourrait soupçonner l'existence de la tuberculose nodulaire et infiltrée de la moelle. Vu que cette tuberculose est toujours secondaire et que la tuberculose du système nerveux central est en général assez rare, il faut supposer que dans tous les cas, où l'on a vu se développer la tuberculose nodulaire de la moelle, tout l'organisme et la moelle, en particulier, étaient disposés à la tuberculose. Nous ne savons pas en quoi consiste cette prédisposition, et nous ne pouvons nous appuyer que sur les hypothèses émises généralement sur cette question. Virchow affirme cette prédisposition et la cherche dans la névroglie [1].

[1] Il est intéressant de nous reporter au cas de Kroger. *Beiträge zur Pathologie des Rückenmarkes*, Inaug. Dis. Dorpat. Voir des analyses de Virchow. *Hirsch Jahresberichte*, 1889. Dans ce cas on a vu se développer la paraplégie après la compression de la moelle provenant d'une carie des vertèbres. Cette paraplégie s'est guérie complètement, mais le malade a succombé à la méningite tuberculeuse et à la tuberculose généralisée. La moelle a été trouvée tout à fait intacte malgré un examen microscopique soigneux.

La tuberculose peut envahir toutes les parties de la moelle. Elle se propage ordinairement depuis la périphérie, le long des tractus conjonctifs et des vaisseaux, mais on peut chercher aussi son point de départ dans les vaisseaux centraux. Les nodules tuberculeux ont le même caractère que dans les autres organes et ils peuvent atteindre la grosseur d'un pois (Raymond).

Ils peuvent se ramollir. Ils se placent sur les vaisseaux, ainsi que les infiltrations isolées que l'on doit considérer comme des nodules embryonnaires. Souvent quelques petites infiltrations isolées se réunissent en une seule agglomération plus grande.

Cornil et Ranvier[1] décrivent la structure du nodule tuberculeux, dans leur *Manuel d'histologie pathologique*, t. I[er], 1881, au chapitre de la tuberculose des méninges cérébrales, presque de la même manière que nous le décrivons plus haut.

Outre les nodules et les infiltrations qui se trouvent dans la moelle, la pie-mère et les racines, on observe encore des phénomènes inflammatoires ; prolifération de la névroglie et lésions des vaisseaux. Ces dernières se présentent comme endopérivasculite et peuvent amener des oblitérations dans les cas chroniques (Gunsser). — Partout l'on constate l'hypérémie, qui est surtout marquée autour des endroits envahis par les nodules et les infiltrations. Quelquefois dans les cas aigus, il y a aussi de petites hémorragies. — La dégénérescence de la substance nerveuse reste localisée, en général, mais, dans le cas de Gunsser, on a vu se développer la dégénérescence secondaire. — Le canal central est oblitéré par la prolifération des cellules épendymaires ; autour du canal central, il y a prolifération abondante de la névroglie. — La pie-mère est épaissie, congestionnée, infiltrée ; elle adhère à la substance nerveuse. L'infiltration est surtout marquée dans le voisinage des racines et aux endroits où s'étendent les tractus conjonctifs et les vaisseaux dans la moelle. Toute la surface de la moelle est plus ou moins enflammée.

S'il s'agit d'une forme plus infiltrée, on ne peut pas la distinguer de la myélite simple, suivant l'opinion de Raymond. Cependant un examen très minutieux peut faire découvrir quelques nodules qui nous révèlent la nature du processus.

Dans les cas que nous allons mentionner, on n'a pu jusqu'à

[1] Pour les tubercules des enveloppes de la moelle, ces savants renvoient le lecteur au chapitre *Cerveau*.

présent, colorer les bacilles tuberculeux[1]. (Voir Voisenet, *loc. cit.*, et Raymond, *loc. cit.*)

Au point de vue clinique, la tuberculose nodulaire de la moelle se présente, en général, dans les cas aigus, sous les symptômes d'une myélite aiguë. Dans un cas chronique (cas de Gunsser), elle s'est présentée sous les symptômes d'une tumeur de la moelle à marche lente. Les cas subaigus seulement se ressemblent au point de vue clinique.

Le malade qui est déjà atteint de tuberculose pulmonaire est pris tout à coup de symptômes médullaires : paresthésies, faiblesse des extrémités, douleurs, etc., qui durent pendant quelque temps avec des rémissions, et cela, sans s'être aperçu d'autres symptômes généraux ou locaux : fièvre, frissons, nausées, maux de tête, dépression psychique, manque d'appétit. Un jour, le malade est subitement atteint de paraplégie complète ou incomplète. Cette paraplégie est accompagnée de lésions de la sensibilité, de l'innervation de la vessie et du rectum, de lésions trophiques, etc. La mort survient régulièrement par suite de la maladie primitive. Il est évident que tous les symptômes varient beaucoup suivant le siège et l'étendue du processus tuberculeux. Ils ont, le plus souvent, l'aspect d'une myélite transverse.

Le diagnostic d'une lésion organique de la moelle n'est point difficile. Pour la diagnose différentielle, il faut bien examiner l'organisme entier, afin de pouvoir exclure les myélites consécutives à diverses tumeurs telles que sarcome, carcinome, etc., et les myélites syphilitiques, ainsi que celles qui surviennent après le mal de Pott. Dans les cas suraigus (le cas de Raymond, par exemple), le diagnostic d'une myélite tuberculeuse est des plus difficiles. Nous ferons observer, tout particulièrement, quelques phénomènes qui nous semblent avoir quelque importance au point de vue du diagnostic. Ce qui nous frappe dans ces cas de myélites, c'est la variabilité de quelques symptômes : les réflexes rotuliens, par exemple, et la sensibilité dissociée. Les lésions isolées, ou même quelquefois les lésions plus diffuses, qui se propagent graduellement ou le plus souvent subitement, nous expliquent suffisamment pourquoi, d'une part,

[1] De même dans le cas de Goldscheider. Voir *Ueber Myelomeningitis cervicalis ant. bei Tuberculose* (Berl. kl. Wochenschr., 1891, 88). On sait qu'au contraire, dans les cas de tubercules solitaires, on a pu colorer les bacilles tuberculeux en quantité considérable. Voir Hellich, *loc. cit.*

l'aspect clinique est si différent et, d'autre part, pourquoi il est si variable.

Nous mentionnons ci-dessus les cas de tuberculose de la moelle, qui appartiennent à la forme nodulaire. Nous ajoutons encore le cas de Hutinel[1] (1874) et celui de Froisier[2]. Dans ces deux derniers cas, il s'agissait bien de tuberculose nodulaire de la pie-mère, mais on n'a pas fait l'examen microscopique de la moelle elle-même, quoiqu'on soit autorisé à supposer qu'il s'agissait, même dans ces deux cas, de tuberculose de la moelle.

Nous hésitons à penser, avec Hutinel, que dans son cas, les lésions trouvées sur les méninges expliquent suffisamment tous les symptômes cliniques. Les deux cas dont il est question sont, au point de vue clinique, en accord très apparent avec ceux de la tuberculose nodulaire de la moelle. On peut bien accepter la division de la tuberculose de la moelle faite par MM. Liouville (1869) et Raymond (1886). Seulement, à notre avis, ce groupe de formes nodulaires de la tuberculose de la moelle doit être encore augmenté du cas chronique décrit par Gunsser. Ainsi, la tuberculose nodulaire de la moelle peut être aiguë, subaiguë et même chronique. Nous connaissons les cas de transition entre les cas aigus (Raymond, Liouville) et le cas chronique de Gunsser. Cette transition est formée par les cas de Froisier, Hutinel, Voisenet, Rendu, et par celui que nous avons décrit.

Vu l'intérêt pratique de cette étude, il faut faire l'examen microscopique de la moelle, non seulement dans tous les cas de tuberculose des méninges spinales et de ceux du cerveau, mais aussi dans toutes les myélites survenant au cours de la tuberculose d'un organe quelconque. De cette manière, on peut espérer qu'à l'avenir l'étude clinique de la tuberculose nodulaire de la moelle sera plus satisfaisante qu'elle ne l'a été jusqu'à présent.

Les cas de tuberculose nodulaire de la moelle épinière, dont nous ne citons *in extenso* que le cas de Gunsser, sont les suivants : Trois cas de Liouville (voir *Soc. de biologie*), p. 347, 1869; Thèse de Châtaufort, p. 11 et Raymond, *loc. cit.*). Un cas de Voisenet (service de M. Hutinel, Thèse de Paris, 1885).

[1] *Société anatomique*, 1874. Thèse de Châtaufort, p. 72, *loc. cit.*
[2] Thèse de Châtaufort, *loc. cit.*

Un cas de Raymond (*loc. cit.*) et un cas de Rendu (*loc. cit.*).
Gunsser (*loc. cit.*), 1890, communique le cas suivant :

Un mécanicien, âgé de quarante-trois ans, a souffert à l'âge de vingt ans d'une maladie de poitrine. Depuis cette époque il souffre de temps en temps de la diarrhée. Depuis 1882, respiration gênée. Depuis 1884, il se plaint d'une certaine fatigue aux reins après le travail. La marche devient un peu lourde. Au mois de février 1886, reçu à l'hôpital de Stuttgart, où il a été atteint d'une diarrhée opiniâtre. Il a quelque difficulté à uriner. L'urine ne contient pas de matières pathologiques. Douleurs aux reins plus apparentes, surtout après avoir monté les escaliers, etc. Le malade dit lui-même que ces douleurs ne proviennent pas de l'os sacrum, mais qu'elles proviennent des parties plus profondes encore.

Le malade se trouve de nouveau, le 14 juillet de la même année, à l'hôpital de Stuttgart. Sa marche est encore plus difficile, les jambes sont affaiblies. L'extrémité inférieure gauche est plus atteinte que la droite. Quand il voulait marcher, il arrivait quelquefois que la jambe gauche se détendait d'elle-même. La marche du malade ressemble à celle d'un coq (Hahnentritt). En marchant le malade a ressenti des pincements et des sensations de brûlure aux jambes et sur la surface de la plante plus du côté gauche que du côté droit. Les pieds sont légèrement œdémateux. La difficulté d'uriner a disparu. Le malade a maigri beaucoup.

A l'examen du malade, le 8 janvier 1887, on constata ce qui suit : malade cachectique, amaigri, pâle. Extrémités inférieures légèrement œdémateuses. Sensibilité exagérée aux extrémités inférieures et dans l'hypochondre gauche. Au contraire, tout léger attouchement est à peine senti et mal localisé surtout à la plante des pieds. Tous ces symptômes sont plus marqués du côté gauche que du côté droit. Les réflexes de la plante des pieds sont exagérés, de même les réflexes rotuliens. Il y a trépidation de pied. La force surtout à gauche est diminuée. Quand le malade reste debout, il oscille mais plus avec les yeux fermés qu'avec les yeux ouverts. Pendant la marche, la jambe gauche reste étendue et traînante sur le sol; du reste, la marche n'a pas le caractère spasmodique. Il n'y a pas de vrais troubles de la coordination.

Le malade se plaint de sensations de lourdeur et de brûlure aux jambes. La colonne vertébrale est normale; elle n'est pas douloureuse. L'urine contient un peu d'albumine. Il n'y a rien du côté de la tête; le fond de l'œil est normal. Aux extrémités inférieures le malade sent les objets chauds comme les froids. — 12. II. Eschare sur l'os sacrum. Les réflexes s'exécutent après la moindre excitation aux extrémités inférieures et sont très exagérés; ils se montrent

apparents même spontanément. — 17. II. Le malade ne peut se tenir debout. Incontinence d'urine. L'eschare devient plus grande. La fièvre très grande. Le malade ne peut mouvoir la jambe gauche, qui est un peu contractée dans le genou et à la fesse. Dans la jambe droite il y a quelques mouvements possibles.

20. II. La peau de la partie inférieure du dos est œdémateuse; l'œdème des pieds a disparu. — 24. II. Mort.

Diagnose : Paraplégie consécutive à des lésions en îlots dans la partie inférieure de la moelle dorsale. — L'altération transverse de la moelle est plus complète du côté gauche que du côté droit.

A l'*autopsie*, on a trouvé que la pie-mère de la moelle dorsale était légèrement épaisse dans quelques endroits. A la hauteur du septième nerf dorsal, la pie-mère adhère à la dure-mère sur le côté antérieur. Les faisceaux de Goll dans la partie supérieure de la moelle cervicale affectent une couleur blanche, tandis que l'autre partie de la substance blanche a la couleur blanc grisâtre. La substance grise est pâle. A l'endroit où la pie-mère adhère à la dure-mère, la substance nerveuse de la moelle se ramollit; par places se trouvent des points rouges et des îlots rouges grisâtres. Au-dessus et au-dessous de cette partie, la moelle est tachetée. Dans la partie lombaire, les faisceaux pyramidaux latéraux sont plus pâles que les autres. Les glandes mésentériques sont tuméfiées; la rate également. Les glandes rétropéritonéales sont en partie caséeuses, en partie atteintes de dégénérescence amyloïde.

A l'examen microscopique de la moelle, on a relevé dans la partie supérieure de la moelle cervicale une sclérose des faisceaux de Goll, dont il reste encore à la périphérie quelques fibres nerveuses intactes. La substance blanche, du reste est conservée. On trouve pourtant, après un examen soigneux, dans les faisceaux cérébelleux une partie sclérosée qui est nettement limitée du côté intérieur. La substance grise est normale. Sur quelques coupes, on trouve, dans les parois des vaisseaux, de petites agglomérations de leucocytes. A côté de celles-ci on trouve encore des nodules tuberculeux, typiques, avec des cellules géantes. La tuberculose y est caractérisée d'une part par l'infiltration diffuse ou isolée des membranes des vaisseaux et, d'autre part, par les processus inflammatoires dans les gaines des vaisseaux, les processus amènent l'épaississement des parois de vaisseaux; et peuvent donner naissance même aux tubercules contenant les cellules géantes.

Outre ces lésions, on trouve une prolifération conjonctive dans les tractus émanant de la pie-mère. Cette prolifération peut passer même dans la névroglie. L'infiltration de leucocytes et les processus de néoformation peuvent se réunir pour faire naître les tubercules mixtes.

Les processus des vaisseaux et de la névroglie produisent des

lésions très considérables de nutrition. Il s'ensuit une dégénérescence des fibres nerveuses, sous forme d'îlots; ou bien qui atteint seulement quelques fibres nerveuses. La dégénérescence en îlots est causée visiblement par l'ischémie provenant d'une vasculite tuberculeuse qui peut aboutir jusqu'à l'oblitération du vaisseau. Il y a encore des dégénérescences secondaires dans la continuité, et des scléroses secondaires causées par les lésions provenant de l'interruption des cordons... En considérant les troubles trophiques, il faut tenir compte encore des troubles des vaisseaux lymphatiques. Dans la pie-mère, on n'a pas trouvé de tubercules, dispersés tout à fait irrégulièrement dans la moelle. La partie dorsale de la moelle a été plus atteinte. Presque dans tous les faisceaux, on voit, à côté des processus anciens, des dégénérescences récentes. C'est justement dans cette partie que l'on a trouvé le plus grand nombre de nodules. Au-dessous de cette partie, la dégénérescence commence à disparaître, sauf dans les cordons pyramidaux, et même on n'y trouve point de nodules.

La structure des tubercules plaide pour la chronicité du processus morbide, comme le prouve aussi la marche clinique. La moelle a été certainement atteinte en 1886, sinon en 1884. Quelque temps avant la mort, la maladie a fait des progrès rapides, comme nous pouvons en juger par les dégénérescences récentes. C'est seulement l'examen microscopique qui nous peut amener à faire la diagnose.

L'auteur finit avec raison en ces termes : « Es ist bicht möglich, dass manche solche Fälle multipler Myelitis für nicht tuberkulös gehalten werden, wenn man sich auf die makroskopische Untersuchung beschränkt. »

CLINIQUE MENTALE.

PSYCHOSES SUR UN FOND DE DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE CHEZ LE VIEILLARD;

Par le Dr TRÉNEL,

Médecin adjoint des Asiles de la région de Paris.

Les dégénérés peuvent, malgré leur prédisposition à délirer, atteindre parfois un âge avancé sans qu'aucun accident men-

tal grave vienne attirer l'attention. Chez des malades qui ont été considérés pendant une longue existence comme des individus normaux, il faut rechercher avec soin les signes de déséquilibration et les stigmates mentaux qui ont pu passer inaperçus et qui, quelque atténués qu'ils soient parfois, n'en fournissent pas moins l'explication de certains troubles mentaux chez le vieillard. C'est de cette façon que l'on peut expliquer l'éclosion tardive des syndromes épisodiques, comme l'ont prouvé il y a longtemps les observations de M. Magnan (folie du doute à soixante-cinq ans, onomatomanie à soixante-trois ans[1]). Le syndrome épisodique, à lui seul en l'absence de tout autre symptôme, suffit pour prouver l'existence de cette dégénérescence : il n'appartient qu'à elle. Il est facilement reconnaissable, même quand il n'apparaît qu'à l'état d'ébauche. Mais d'autres états délirants qui doivent présenter dans leur mode de production, dans leur évolution ou leurs combinaisons certains caractères spéciaux (polymorphisme, délire d'emblée, etc.) pour être valablement attribués à la dégénérescence mentale, peuvent être assez défigurés par l'affaiblissement sénile des facultés intellectuelles pour devenir difficiles à classer exactement, surtout si les données qu'on possède sur les antécédents sont incomplètes. De plus, ces caractères peuvent être d'autant plus effacés que, si les symptômes développés sur un fond de dégénérescence n'éclatent qu'à un âge avancé, il est à supposer qu'il existe seulement une base héréditaire peu chargée[2], une prédisposition faible, d'où netteté moins grande du tableau clinique.

Les deux observations que nous rapporterons ici et que nous avons recueillies à l'asile Sainte-Anne, dans le service de notre maître M. Magnan, rentrent dans cette catégorie des psychoses dégénératives chez le vieillard, question sur laquelle on trouvera les renseignements bibliographiques et cliniques les plus complets dans la thèse récente de notre collègue, M. Pécharman (1893). Ces deux observations sont à rapprocher l'une de l'autre à certains points de vue et démontrent, nous semble-t-il, que les psychoses des dégénérés naissent, marchent et évoluent d'une façon caractéristique, quelque avancé que soit l'âge du sujet et sont facilement reconnaissables cliniquement quand l'état intellectuel leur

[1] Magnan. — *Leçons cliniques et recherches sur les centres nerveux.*

[2] Magnan et Debove. — *Les Dégénérés* (Biblioth. Charcot-Debove).

permet encore de se développer avec quelque ampleur. C'est en effet moins le détail du délire, sa forme clinique, qui offre ici de l'intérêt que l'âge auquel on le voit apparaître. L'une de nos malades a présenté les premiers symptômes mentaux à quatre-vingt-neuf ans, l'autre à quatre-vingt ans; chez l'une c'est d'un délire polymorphe qu'il s'agit, chez l'autre d'un délire d'emblée des dégénérés.

OBSERVATION I. — *Femme de quatre-vingt-treize ans, sans affaiblissement intellectuel; mais de tout temps superstitieuse, croyant aux pressentiments. Hallucinations et illusions du sens du tact, de la vue et de l'ouïe. Interprétations délirantes. Idées de persécution systématisées; mélancolie anxieuse. Double tentative de suicide. Début de l'affection actuelle à quatre-vingt-neuf ans. Hérédité.*

V... veuve P..., née en 1803, entre le 7 janvier 1893 à l'asile Sainte-Anne, service de M. MAGNAN.

Antécédents héréditaires. — Les parents étaient des gens très superstitieux, et sa famille racontait que la maison paternelle était hantée; on disait que, au jour anniversaire de la mort de son père, des « invisibles » n'avaient cessé de monter et descendre dans les escaliers « en faisant un bruit ressemblent à celui que feraient des bottes de paille qu'on traînerait sur le sol ».

La malade elle-même a toujours été superstitieuse; elle croit à l'influence des dates, du 13; son fils a été tué un 13, il est né un 13. Les anniversaires de mort sont des jours néfastes, elle mourra un de ces jours-là. Elle a souvent depuis des années des rêves bizarres, où elle voit un homme avec une tête d'animal. Elle a des pressentiments chaque fois qu'il doit survenir quelque événement important. Elle n'a jamais fait d'excès de boisson; actuellement elle boit un litre de vin environ pour ses deux repas, quelquefois un petit verre de vin vieux, ou de cognac.

Elle n'a jamais été malade; elle était même très récemment encore assez valide, s'occupant un peu du ménage, lisant régulièrement son livre de prières, etc. Elle est atteinte depuis dix ans d'une légère surdité, qui s'est accentuée depuis deux ans.

L'intégrité de ses facultés intellectuelles est remarquable pour une personne de cet âge; en effet, en dehors de ses idées délirantes et de ses hallucinations, elle raisonne parfaitement bien. Sa conversation est même vive, elle ne cherche pas ses mots et s'exprime avec la plus grande netteté. La mémoire est intacte et on peut lui faire conter avec les détails les plus précis certains événements auxquels elle a assisté : elle nous décrit minutieusement les prisonniers qu'elle a vus en 1809, dans son pays, les funérailles de Louis XVIII, en donnant des dates exactes sans la moindre hésitation;

elle exprime les idées les plus sensées sur les malheurs dont ont été cause les guerres du premier empire et maints autres événements historiques. D'ailleurs la mémoire des faits récents est aussi sûre; là encore, elle cite des noms, des dates avec la plus grande précision, et en particulier, pour tous les faits qui ont déterminé son internement, les renseignements ont corroboré complètement son dire. Autre exemple : trois semaines après son entrée, elle sait qu'elle est arrivée à l'asile le lundi 7 janvier, et nous indique cette date sans l'ombre d'hésitation.

Son caractère est très égal, gai même et aucun symptôme intellectuel important n'avait attiré l'attention de son entourage jusqu'en ces derniers temps. Cependant, depuis quatre ans, elle prétend parfois qu'on lui tire le bas de sa robe (en réalité, il lui est arrivé d'y poser le pied en marchant ou en se levant) et elle déclare que c'est un mauvais signe, parce qu'elle a remarqué cela, pour la première fois, le jour anniversaire de la mort de son mari. » Cela veut dire qu'on l'appelle...

Ce fait ne s'est présenté qu'à de rares intervalles pendant plusieurs années. Mais depuis trois mois cela se produit très fréquemment, tous les jours même, et, finalement, à coté de ces illusions, des hallucinations des sens du tact et de la vue apparaissent. « C'est un véritable roman, dit-elle, on ne voudra pas me croire; » et ce roman elle le raconte en excellents termes, et sans aucune hésitation dans le choix des expressions. Tout ce qu'elle dit concorde très exactement, quant à la chronologie des faits et à leurs détails les plus minutieux, avec les renseignements donnés par sa famille, on ne peut mieux faire que de reproduire son propre récit, en faisant remarquer dès le début la précision des dates, qui n'ont jamais varié dans des interrogatoires répétés.

« Il y a un an, dit-elle, le 3 janvier, jour de l'ouverture de la neuveine de Sainte-Geneviève, j'étais assise seule dans ma chambre, quand j'ai vu passer devant mes yeux des petits papiers, et en me retournant je les ai vus, posés sur la table à côté de moi. C'était des boulettes de papier froissées; pour bien montrer que ces boulettes avaient été faites à la maison, on en avait jeté des morceaux par terre ; j'en ai vu lancer trois au moment où je me levais ; cela faisait comme un oiseau qui saute d'une branche. J'appelle ma petite fille qui les brûle dans la cheminée après m'avoir dit : « C'est une invention, c'est comme quand tu crois qu'on te tire ta robe. » Au moment où elle se relève, je vois qu'on lui en jette deux autres, mais alors je ne lui en dis rien. Le samedi suivant, dans la nuit vers deux heures du matin, on me jette un papier sur le visage ; je me lève posément et je le mets sous mon oreiller. Quand je raconte cela à ma petite fille, elle me répond : « Ça doit être un papier qui était sur ton lit et qui est tombé. » Et elle ajoute, quand je le lui montre, que c'est un bulletin de souscription, elle me le

lit et s'arrête au mot de « Balthazar », puis me le fait mettre dans mon porte-monnaie; le lendemain ce papier avait disparu. Dans le courant de juillet, on est venu encore en poser sur mon lit pendant que j'étais à la cuisine.

« Le 7 septembre 1894, j'étais seule, il y avait une timbale d'argent sur la table, je l'entends tomber à mes pieds, on fait aussi tomber un pliant deux fois par terre, après que je l'eusse relevé. Le soir, on m'a donné deux petits coups sur les doigts.

« Le 14, on faisait remuer quelque chose dans ma chambre, chaque fois que j'allais à la table de nuit cela sautait comme une balle élastique; puis cela a passé le long du mur; c'est quelque chose d'invisible. Le lendemain le feu s'allume dans le chandelier où il n'y avait pas de bougie; c'est mon petit fils qui me dit: « Tiens, regarde le chandelier s'allume. » Cela dura une minute, la flamme courait sur le bord de la cheminée, par terre et sur la boiserie. La chaise de paille était en flamme, et, quand ce fut fini, la paille n'était pas chaude. La flamme est alors allée sur le christ et le christ est tombé.

« Un jour on m'a serré la main; puis on m'a frappé sur le dos de la main, avec le bout des doigts. Une autre fois, on m'a lancé deux petits bancs, et comme je voulais fermer la porte on l'a poussée trois fois: *j'avais alors l'esprit clair comme maintenant.* Au moment où je sortais de ma chambre on m'a marché sur le pied.

« Le jour de Noël, étant à table, tout le temps du dîner on me tiraillait ma robe; j'ai dit alors à la main invisible, en riant, parce qu'elle fait cela pour plaisanter: « Mais vous êtes comme mon petit-fils, vous êtes jeunes et vous voulez jouer. » Ce soir-là, à peine couchée, je vois un homme qui vient à moi tendant les bras comme un désespéré, il va à la porte, puis revient comme pour m'exterminer: j'ai cru que c'était mon petit-fils, mais on m'a répondu qu'il était à la messe, ça ne pouvait pas être lui.

« Le jour de l'an, dans la nuit, on est venu me frapper à deux mains sur le pied. Le lendemain je trouve une étiquette collée par un coin sur ma casaque. Il y avait dessus un zéro, et quatre lignes d'écrit entourées d'un cadre bleu ou violet. Cela signifiait que « dans quatre jours il allait venir » ; il avait laissé cela pour marquer sa venue. C'est le diable qui a fait cela et qui va m'emporter. »

Depuis plusieurs semaines, elle devient triste, préoccupée, parfois anxieuse. Elle a quelques hallucinations de l'ouïe « On a frappé un jour sur des casseroles dans la cuisine, on se serait cru dans un atelier de chaudronnerie. » Elle entend des perroquets faire « pic, pic ». Cela veut dire qu'on va venir la chercher cette nuit, pour la mettre dans la fosse aux lions, parce qu'elle a offensé Dieu.

Une fois cette idée mélancolique apparue l'anxiété augmente, et depuis le 3 janvier, elle ne veut plus rester seule. (Notons que le 1er janvier, il y eut chez elle un dîner de famille, et qu'elle y

a fait peut-être quelques excès de vin.) On va venir la ficeler pour la jeter dans la fosse aux lions. Elle ne les voit pas, mais un esprit doit venir la prendre pour la livrer à ces bêtes féroces.

Enfin le 3 janvier, on l'aperçoit tentant de se jeter par la fenêtre, seule sa faiblesse musculaire, l'a empêchée d'accomplir ce suicide. Elle raconte elle-même qu'elle a voulu mourir parce que le diable allait venir le lendemain pour l'emporter.

Elle fait immédiatement une nouvelle tentative : on avait retiré tous les objets dangereux, elle saisit une boule d'acier, et s'en frappe à la tempe, parce qu'elle savait que là, un seul coup suffisait pour faire mourir. Elle dut y mettre toute sa force, car à son entrée à l'asile tout le côté droit de la face était couvert d'une large ecchymose, preuve de ses idées bien arrêtées de suicide. Elle s'était frappée six fois.

A son entrée à l'asile, elle est calme, raconte posément tous ces faits, mais montre un peu d'anxiété quand on lui rappelle ses idées délirantes. Elle n'a jamais eu ici d'hallucinations nettes de l'ouïe ; cependant « ça fait du bruit, un murmure dans son oreille, » (peut-être réel étant donné sa surdité). D'ailleurs, elle ajoute qu'elle n'entend rien quand elle est en compagnie de quelqu'un. Elle dit qu'elle ne mourra pas dans son lit, et que le diable viendra l'enlever. Elle a du reste absolument conscience de ses actes, sait très bien qu'elle est dans un hospice et se montre très reconnaissante des soins qu'on lui donne. Elle semble se sentir plus en sûreté à l'asile ; et, dans les premiers jours du mois, elle a exprimé vivement le désir d'y rester.

Dans les derniers jours de janvier, elle raconte qu'on est venu tirer sa serviette pendant qu'elle se débarbouillait : c'est toujours la main invisible qui fait cela. Quelques semaines après, elle sortait améliorée, mais cependant encore hallucinée.

En résumé, nous constatons chez une femme de quatre-vingt-treize ans, conservant une intégrité remarquable des facultés intellectuelles, des illusions et hallucinations tactiles, visuelles et auditives, et en dernier lieu quelques idées de persécution qui présentent une certaine systématisation. Elles ont été suivies d'une dépression mélancolique assez grave pour entraîner deux tentatives de suicide.

Par quel mécanisme se sont produits tous ces symptômes, chez cette femme jouissant, peut-on dire, de toute son intelligence et dont la longue existence n'a été traversée, semble-t-il au premier abord, par aucun accident mental. Même, l'intégrité actuelle des facultés paraît répondre de leur intégrité passée.

Cependant, en examinant plus attentivement le caractère de

tous les symptômes accusés par la malade, on est frappé de la niaiserie de certains faits qu'elle invente et de la facilité avec laquelle elle interprète faussement des sensations vraies ou accepte la réalité de ses hallucinations : elle met le pied sur sa robe en se levant de chaise et croit qu'une main invisible la lui tire ; elle trouve un papier quelconque, c'est un signe laissé par le diable ; le vent pousse la porte, c'est quelque invisible qui l'empêche de la fermer, etc. Chez un individu plus jeune, on verrait là une marque d'une intelligence faible, mais on est ici embarrassé en présence d'une femme qui dans l'interrogatoire, et abstraction faite de ses idées délirantes, se montre raisonnable en somme, malgré son âge, et dont la mémoire est si présente, étant donné surtout que rien antérieurement ne semblait pouvoir faire prévoir l'éclosion d'un délire quelconque. La conservation des facultés intellectuelles et l'activité même, la cohérence relativement grande du délire doivent faire éliminer du premier coup la démence sénile. L'état de la mémoire en particulier est caractéristique. Notons en passant que nous n'enregistrons aucun signe de lésion en foyer.

L'histoire antérieure de la malade éclaire ce que son cas peut avoir de singulier ; nous avons vu en effet que, renseignements pris, on trouve une famille superstitieuse, croyant aux revenants, aux hantises. La malade elle-même y croit, et est très superstitieuse, elle cherche dans des faits indifférents un présage, elle craint le chiffre 13, elle a des pressentiments ; il y a donc ici une tare héréditaire et une certaine désharmonie dans les facultés intellectuelles plus ou moins marquée au premier abord, mais indiscutable en somme ; et, si cette prédisposition n'a pas donné lieu à l'un des accidents souvent fugaces, à un de ces orages si fréquents dans l'histoire des dégénérés, c'est que peut-être l'occasion seule a manqué jusque-là ; en particulier l'absence d'intoxication alcoolique a permis à la malade d'atteindre un âge avancé sans qu'aucun incident marquât sa vie.

Peut-être même quelques petits écarts de régime sont-ils venus dans les jours qui ont précédé l'entrée à l'asile, amoindrir la résistance de ce cerveau de vieillard, et est-ce sous leur influence que les tentatives de suicide ont été faites ? Nous devons noter à ce propos la rapidité presque impulsive avec laquelle l'idée de suicide fut suivie d'exécution, fait qui n'est pas ici sans importance.

Si nous ne nous attachons qu'à l'évolution même du délire, nous voyons que les premiers symptômes ont été des interprétations délirantes, se rattachant à des impressions tactiles; plus tard sont survenus quelques illusions et hallucinations de la vue, et des interprétations délirantes qui en dépendent; enfin des illusions et des hallucinations de l'ouïe sont apparues; en dernier lieu, sous l'influence de ces troubles multiples se sont développées des idées de persécution, vagues d'abord, mais qui ont reçu un commencement de systématisation; des idées mélancoliques s'étant entées sur les symptômes précédents, les deux tentatives de suicide ont complété l'ensemble clinique. Si l'on synthétise tous ces faits, on obtient en somme un délire polymorphe qui rentre bien dans les formes se rattachant à la dégénérescence mentale.

Nous ferons remarquer que ce sont les illusions et hallucinations du sens du tact, très bien déterminées, qui ont longtemps prédominé. Elles ont été d'une netteté telle que c'est sur ces hallucinations tactiles, que s'établit au début la systématisation : « J'ai bien senti cette main, nous dit un jour la malade, comme je sens la vôtre en ce moment, je croyais même d'abord que c'était la main de mon fils mort depuis plusieurs années; pour m'en assurer j'ai cherché à passer les doigts sur son pouce. Je me suis bien convaincue que ce n'était pas la main de mon fils, car il avait eu le pouce écrasé dans un accident de machine, et j'aurais toujours reconnu la déformation de son ongle. C'est alors que je me suis dit que c'était la main du diable ou d'un invisible. »

Nous compléterons ces quelques remarques par l'histoire d'une deuxième malade, âgée aussi, chez qui la dégénérescence mentale se traduit tardivement encore par un syndrome clinique différent mais non moins caractéristique, le délire d'emblée.

OBSERVATION II. — *Femme de quatre-vingt-un an, superstitieuse, mystique. Dépression mélancolique, suivie d'affaiblissement intellectuel. Délire hallucinatoire survenant subitement : hallucinations de l'ouïe, et idées de persécution systématisées d'emblée, persistant depuis dix-huit mois. Hallucinations de la vue transitoires.*

G. Louise, veuve M..., âgée de quatre-vingt-un ans, entre le 19 janvier 1895 à l'asile Sainte-Anne, service de M. Magnan.

Antécédents héréditaires inconnus. — Une de ses filles est entrée en religion ; la seconde fille est un peu bizarre et émotive.

La malade a toujours été superstitieuse ; elle avait la crainte du vendredi, du 13. D'une dévotion exagérée, elle se confessait tous les jours depuis des années. Mais en dehors de « ces petites manies », dit sa fille, jusqu'à l'âge de soixante-dix-huit ans, on n'avait constaté aucun trouble mental, elle était intelligente, très sensée ; sa mémoire était intacte : elle n'oubliait rien des faits récents ou anciens, se rappelait très bien les dates, celles des fêtes, par exemple. Toujours active, elle passait sa journée à réparer ses vêtements, à s'occuper des menus soins du ménage ou à lire des livres de piété.

Il y a quatre ans, son mari meurt subitement. Elle reste très frappée de cette perte, très triste, mais sans que son état de tristesse ait paru morbide aux personnes de son entourage. Cependant, elle perd le sommeil, elle pense sans cesse à son mari, mais sans avoir d'hallucinations d'aucune espèce, ni de rêves se rattachant aux idées qui la préoccupent. Peu à peu son intelligence baisse, il faut la soigner comme un enfant, elle fait des oublis, répète souvent des choses qu'elle vient de dire. Mais elle reste calme, va, vient très tranquillement, ne manquant jamais d'aller à la messe quotidiennement.

Subitement, le 14 *juillet* 1893, étant inoccupée dans sa chambre où sa fille lui tenait compagnie, elle lui dit à brûle-pourpoint (c'est l'expression employée par sa fille dans le récit qu'elle nous a fait) : « Tiens, il y a du bruit là-haut, on a donc fait monter des machines là-haut. Ils me parlent, ce sont des somnambules ; ils me disent qu'ils connaissent les gens de mon pays, ils m'en donnent des nouvelles ; un tel et un tel sont morts. »

Malgré les protestations de sa fille, elle croit dès cet instant qu'il y a des somnambules au-dessus de chez elle, quoiqu'il ne se fût produit aucun bruit anormal qui pût l'effrayer ou prêter à quelque interprétation que ce fût.

Ces voix, dès le premier moment, sont claires et nettes, et elle en admet immédiatement la réalité sans la discuter. Elle les écoute avec une telle attention que rien ne peut l'en distraire. Sa fille reste des heures entières à la surveiller, cherchant à détourner son esprit sans aucun résultat. Elle répond à des questions imaginaires ou en pose à ses interlocuteurs supposés.

Ces interlocuteurs sont d'abord deux somnambules, et la fille de l'une d'elles, auxquels s'adjoignent un certain nombre de vicaires de la paroisse. Les somnambules sont deux sœurs et s'appellent Félicité et Catherine. Au début elles se contentaient de causer avec la malade, lui parlant de son pays. Mais bientôt l'une d'elles, Félicité, commence à l'insulter, à lui dire des choses désagréables ; tandis que Catherine la défend un certain temps ; la malade disait

parfois : « Ah merci Catherine, Catherine est bien bonne. » Mais plus tard Catherine fait chorus avec sa sœur. Il n'y a que la petite Marie, fille de Félicité, qui a le courage de dire : « Pourquoi fais-tu du mal à Mme M... elle n'est pourtant pas méchante. » Félicité dit par exemple à la malade : « Ton mari te trompait avec Mme R. » — La malade répondit : « Ah! voilà pourquoi cette femme voulait toujours revenir de la messe avec nous. » Parfois elle discute avec ses voix : « Ah! non, ça n'est pas possible! vous mentez! » Au bout de six mois le curé de la paroisse, M. P... intervient; bientôt le confesseur de la malade, M. L... le rejoint, puis tous les vicaires, MM. V..., G..., R... Ils font un vacarme infernal; ils causent entre eux et avec les somnambules, parlant toujours de la malade ou bien lui adressant la parole pour lui dire des choses désagréables ou lui donner des ordres qu'elle suivait passivement : tel que celui d'aller de suite à l'église.

Irritée par ces persécutions, elle ne veut plus voir son confesseur et demande à se confesser aux autres vicaires qui refusent; depuis ce jour elle ne veut plus se confesser, malgré le chagrin qu'elle en a. Elle s'étonnait de retrouver à l'église les prêtres qui un instant auparavant étaient dans sa maison, et de les entendre dès son retour chez elle : « Ils n'ont donc rien à faire, disait-elle, ils ont dû aller bien vite; ils ne mangent donc pas. » Elle remarque que plusieurs d'entre eux qui ont été nommés en province continuent à rester là, leurs successeurs s'unissent à eux. Ils finissent par se trouver au nombre de 32, et un jour elle leur prépare autant de petits verres d'eau-de-vie, les invitant à venir la voir. Elle les attend jusqu'au soir et refuse de déjeuner parce que ces Messieurs doivent venir. Au bout de la journée elle finit par dire : « Puisqu'ils ne viennent pas, ce n'est pas la peine de les attendre. Ils sont trop fiers pour venir chez des pauvres gens. » Elle fit le même manège une deuxième fois en septembre 1894.

Un autre jour, elle envoya ses enfants leur porter des châtaignes : mais elle refusait toujours de monter les voir, quand on voulait l'y obliger pour lui démontrer l'inanité de ses hallucinations. Elle ne cessait de protester d'ailleurs de toutes ses forces contre les accusations dont elle était l'objet : « Il n'y en a pas de mieux que moi dans l'église. Je n'ai pas fait tout cela, demandez à Dieu. » Un jour lans ses préoccupations mystiques elle s'écrie : « Satan, retire-toi avec toute ta suite, je veux rester en Notre-Seigneur Jésus-Christ. »

Pendant longtemps elle n'a d'hallucinations que de l'ouïe. Les hallucinations de la vue apparaissent plus tard, et, elles aussi, d'une façon subite. Un soir de décembre 1894, elle fait cadeau sans raison de sa robe à une amie, puis se couche comme à l'ordinaire sans présenter aucun symptôme particulier; vers 11 heures, elle vient subitement se mettre dans le lit de sa fille parce qu'elle a peur. A 3 heures du matin, elle la réveille disant : « J'ai donné

ma robe à la petite, elle va nous perdre. Donne-moi son adresse, les prêtres vont y aller. » Et elle leur crie l'adresse en question : Mlle A... passage D.... » Elle reste très agitée; une demi-heure après elle s'écrie qu'il faut se lever, il y a le feu, elle veut appeler au secours; elle tente de jeter par la fenêtre toute la literie pour l'empêcher de brûler : « Mais tu ne vois pas le monde dans la rue; on va tout brûler, on va me brûler dans mon lit, on sent la chaleur, il y a de la fumée partout. » Les voix lui crient : « Il y a le feu dans la chambre. » On parvient à grand'peine à la calmer; cependant ces hallucinations disparaissent dès le lendemain.

Elle reste pourtant très anxieuse, elle prétend qu'une nuit les prêtres ont amené une machine pour la faire mourir. Enfin, depuis huit jours, elle refuse de se coucher: ils font un vacarme, ils vont la tuer; elle met des armes (un couteau et des ciseaux) dans son lit pour se défendre. Elle s'irrite parce qu'on refuse de la laisser partir à Meaux, chez sa fille qui est religieuse, auprès de laquelle elle veut se réfugier; son excitation augmentant, on la place à l'Asile clinique (Sainte-Anne), dans le service de M. Magnan.

Pendant les premiers jours elle raconte elle-même, d'une façon un peu confuse, cette histoire dont sa fille nous a donné les détails précédents. Elle se trouve tranquille ici, on ne l'ennuie pas; mais au bout de trois jours, elle se plaint de nouveau que le vacarme recommence, les machines, les somnambules, les prêtres sont là à côté, ça l'a empêchée de dormir toute la nuit. Elle est toujours anxieuse et aussi activement délirante, aussi vivement hallucinée qu'aux premiers jours de sa maladie, quand elle sort une semaine après son entrée sur la demande de la famille.

Au point de vue psychique quoique la malade conserve une certaine activité intellectuelle (elle sait son âge, son adresse, etc.), elle est cependant notablement affaiblie, elle se rend peu compte de l'endroit où elle se trouve, ignore depuis quand elle est arrivée, ne s'étonne pas d'être séparée des siens. Elle ne présente aucun trouble de la parole. La faiblesse musculaire est assez grande pour qu'on soit obligé de la tenir au lit. Au point de vue physique, par sa décrépitude, elle semble plus âgée que notre autre malade qui est encore assez valide.

C'est encore là un véritable roman, pourrait-on dire, pour employer une expression de notre première malade, et nous y trouvons des faits bien particuliers. Le délire a débuté subitement après une assez longue période de dépression mélancolique ; l'affaiblissement intellectuel qui a assez rapidement fait suite à cet état dépressif a préparé le terrain pour l'éclosion du délire dans ce cerveau qui paraissait jusque-là solide.

Jusqu'en 1891, en effet, notre malade, comme la précédente,

était restée saine d'esprit ; aucun incident n'avait marqué non plus son existence. A cette époque, à la suite de la mort de son mari, elle devient très triste, très préoccupée, mais sans délirer ; seulement son esprit perd de sa vigueur, elle entre progressivement dans l'affaiblissement sénile des facultés. Mais ce délire si actif qui survient subitement un beau jour ne peut pas être considéré comme dépendant de la démence. Les délires démentiels n'ont pas cette cohérence, cette persistance ; ils ne se perfectionnent pas, ils deviennent au contraire de plus en plus effacés dans leurs contours. Il faut qu'un autre élément, l'affaiblissement psychique, intervienne, et cet élément ne peut être encore ici que la dégénérescence mentale.

En l'absence de tout autre renseignement, la façon brusque dont les hallucinations ont débuté sans prodrome, sans préparation est un indice des plus importants. Cette forme suraiguë n'appartient qu'aux intoxications d'une part (et on peut sans aucun doute éliminer ici cette cause), d'autre part à la dégénérescence mentale, c'est bien là le délire d'emblée dans sa forme hallucinatoire. Dans le cours du délire on rencontre de plus un incident qui donne la note exacte en l'espèce, c'est ce raptus hallucinatoire visuel qui éclate une nuit d'une façon si inattendue et qui s'efface de même, sans laisser de trace.

Enfin, nous avons à attirer l'attention sur le caractère de systématisation du délire, systématisation qui se fait aussi d'emblée et qui reste limitée. Si d'autre part les hallucinations ont ce caractère particulier de mysticisme et de religion, cette couleur du délire est due évidemment aux préoccupations ordinaires de la malade.

Nous n'avons invoqué, pour attribuer les accidents à la dégénérescence mentale, que la forme du délire, nous retrouvons d'autres caractères importants dans l'histoire de la malade : ce sont sa dévotion exagérée, ses craintes du vendredi, du 13, tous ces faits qui sont l'expression de la débilité mentale, atténuée il est vrai. — Ses antécédents héréditaires nous sont inconnus. Il faut cependant remarquer que sa fille ne paraît pas indemne au point de vue mental.

En somme, les données que nous possédons suffisent, nous semble-t-il, pour affirmer l'étiologie que nous invoquons dans cette observation comme dans la précédente ; et ces faits, par leur netteté, nous ont paru assez intéressants pour mériter d'être ajoutés aux cas analogues déjà connus de psychoses

séniles. C'est surtout en raison de l'âge avancé de nos malades, de l'intégrité des facultés intellectuelles chez l'une et la systématisation d'emblée du délire chez l'autre, que leur histoire présente quelque intérêt, au moins clinique.

Enfin nous ferons remarquer que le trait le plus saillant dans ces histoires cliniques est la forme hallucinatoire qu'a revêtu le délire dans les deux cas. Si nous nous en rapportons aux faits connus, nous constatons la rareté relative des hallucinations ou leur peu de netteté chez le vieillard mélancolique. Or, chez nos deux malades, les hallucinations viennent au premier plan ; chez la seconde même, le délire est purement hallucinatoire. Il y a là une grande similitude avec les délires de ce genre chez l'adulte. C'est sur ce mot que nous conclurons en insistant sur ce fait que, dans les observations précédentes, on trouve une preuve nouvelle de ce fait qu'un vieillard pourra dans certains cas délirer de la même façon qu'un adulte.

On conçoit facilement l'importance de ce fait au point de vue du pronostic. On est toujours tenté en présence d'un vieillard délirant de porter un pronostic grave ; cela est justifié dans bien des cas, disons même dans la majorité ; mais il ne faut pas généraliser. Aussi pour éviter de graves erreurs, aura-t-on soin de faire largement entrer en ligne de compte la notion de l'hérédité, l'état des facultés intellectuelles, au début de l'affection, leur intégrité persistante malgré l'existence d'un délire, surtout quand ce délire conserve certain caractère d'activité et de systématisation. Il faut prévoir aussi que certains accidents mentaux peuvent être, même chez le vieillard, très fugaces et disparaître sans laisser plus de trace que chez les dégénérés jeunes. Il est cependant évident qu'à délire égal, si l'on peut s'exprimer ainsi, le pronostic sera plus sombre chez le vieillard ; chez nos deux malades, en particulier, la guérison est sans doute problématique et l'affection chez l'un et l'autre a passé à l'état chronique.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET DES NEUROLOGISTES.

SIXIÈME SESSION : BORDEAUX.

La sixième session[1] de ce Congrès a eu lieu le 1er août au Dôme central de l'Exposition, dont le président et le secrétaire général ont fait les honneurs en souhaitant la bienvenue aux membres du Congrès. M. Berniquet, préfet de la Gironde, a présidé la séance d'ouverture, assisté de MM. Drouineau, inspecteur général des établissements de bienfaisance, délégué du ministre de l'intérieur ; Daney, maire de Bordeaux ; professeur Joffroy, président du Congrès ; Delcurrou, premier président ; Calmon, président du tribunal civil ; professeur Pitres, doyen de la Faculté de médecine ; Dr Régis, secrétaire général du Congrès. Une nombreuse assistance, composée non seulement des congressistes, mais encore des médecins de la ville et du département, et d'étudiants en médecine remplissait le bel amphithéâtre de la Faculté mis gracieusement, avec les locaux environnants, à la disposition du Congrès par notre ami le professeur Pitres.

M. Berniquet souhaite la bienvenue aux congressistes, il résume les desiderata qui ont été émis dans les congrès précédents. L'administration désire provoquer les critiques sur les asiles, afin de tendre toujours vers le mieux. Le champ d'étude est vaste, car la progression des aliénés est constante. L'alcoolisme en est le principal facteur ; cependant ce fléau sévit moins dans la Gironde qu'ailleurs, car les alcools y sont purs, il n'y a pas de cas d'intoxication alcoolique chez nos dégustateurs de vins. En terminant, M. Berniquet parle des travaux de la Faculté de médecine de Bordeaux et de son éminent doyen, M. Pitres.

[1] Première session, Rouen, 1890 ; puis, Lyon, 1891 ; Blois, 1892 ; La Rochelle, 1893 ; Clermont-Ferrand, 1894.

M. le Pr Joffroy a pris ensuite la parole en ces termes :

Messieurs, mes chers Collègues,

Je suis certain de traduire fidèlement les sentiments de tout le congrès en adressant, dès l'abord, ses remerciements à M. le Préfet de la Gironde, et pour la manière courtoise et flatteuse dont il nous accueille, et pour les termes élevés dans lesquels il parle d'une science que nous aimons passionnément. Et comme M. le Préfet parle au nom de l'Administration, au nom des représentants de la Ville de Bordeaux et au nom de la Ville elle-même, nous le prions de reporter l'expression de notre gratitude à cette Administration, qui se montre soucieuse de marcher dans la voie du progrès, à ces représentants de la Ville qui ont déjà opéré tant de réformes utiles et enfin à cette grande cité bordelaise qui, fidèle à une ancienne tradition, se montre jalouse de conserver aujourd'hui, comme au temps de Montesquieu, sa double réputation d'activité scientifique et d'activité commerciale, réunissant en un seul faisceau sa richesse matérielle et sa grandeur intellectuelle.

Puis, à mon tour, mes chers collègues, je vous souhaite la bienvenue à tous, Français et étrangers. A vous, Français, dont l'affluence montre bien que vous avez conscience qu'il vous faut défendre et agrandir notre patrimoine scientifique. A vous, étrangers, qui, avec l'éclat de votre nom et le concours de votre travail, nous apportez le témoignage précieux et apprécié de vos sympathies. Soyez les bienvenus au milieu de nous.

Maintenant, il me reste un devoir bien doux à remplir. En m'appelant à présider le congrès des Aliénistes et Neurologistes, après d'éminents prédécesseurs, vous m'avez fait un honneur dont je sens tout le prix et dont je ne saurais trop vous remercier. Je n'ai garde de penser que c'est le plus digne que vous avez élevé à ce poste d'honneur, mais vous ne pouviez nommer personne ayant plus à cœur d'affermir le renom et le prestige de la science française, tel que l'ont établi Pinel et Esquirol, ces rénovateurs de l'aliénation mentale et, plus récemment, Duchenne (de Boulogne) et mon maître Charcot, ces deux génies créateurs de la neuropathologie moderne. Mais il faut bien dire que maintenir à cette hauteur le prestige de la science française n'est pas une tâche sans difficultés, car les notions enseignées par ces maîtres se sont rapidement vulgarisées et ont suscité dans tous les pays une émulation et une activité qui sont tout à la fois pour nous une gloire et un danger.

Oui, c'est une gloire pour nous d'avoir vu autrefois les aliénistes, et de voir aujourd'hui les neuropathologistes de tous les pays travailler dans le sillon tracé par nos illustres compatriotes et je n'ai pas à justifier plus longuement cette proposition, car j'ai senti vos

cœurs battre à l'unisson du mien quand je citais les noms des grands médecins français qui ont illustré ce siècle et qui sont l'orgueil de notre corporation.

Mais il ne faut pas s'arrêter, éblouis par le succès, car, comme le dit Graves, « si l'individu peut se reposer, l'intelligence collective de l'espèce ne s'endort jamais » et, dans les sciences évolutives, la gloire est d'un éclat bien temporaire si l'on ne travaille constamment à la renouveler. Or, pour cela faire, l'ardeur et les bonnes volontés isolées ne peuvent suffire, il faut encore et par-dessus tout une direction réfléchie, une convergence des efforts de chacun vers un but commun, une organisation appropriée, que nous voyons peu à peu apparaître dans d'autres pays, alors que chez nous les réformes et les perfectionnements ne répondent pas toujours aux exigences de la science ou aux impatiences de nos désirs patriotiques.

Sans doute, la volonté puissante et la sage prévoyance de Charcot, en accumulant à la Salpêtrière tous les matériaux de recherches et d'enseignement, en intéressant à son œuvre les pouvoirs publics, en groupant autour de lui toute une phalange de jeunes travailleurs, qu'il savait animer de l'amour de la science et du progrès, en fondant en un mot l'École de la Salpêtrière, a assuré pour de longues années une situation enviable à la neuropathologie en notre pays. La voie est déjà battue, la direction a été nettement indiquée par le maître, il n'y a qu'à continuer à aller de l'avant et nous pouvons compter pour cela sur l'activité de son successeur.

Aujourd'hui donc, et ce résultat nous le devons à Charcot, la neuropathologie est brillamment enseignée, soit dans les services généraux, soit dans les services spéciaux, et, en arrivant au terme de ses études, le médecin a pu acquérir dans cette partie des sciences médicales les mêmes connaissances que dans les autres branches de la médecine. Sans doute, il y a encore bien des desiderata, mais si les Facultés de province n'ont pas encore, comme celle de Paris, une clinique spécialement consacrée à l'étude des maladies nerveuses, elles comptent du moins dans leur corps enseignant le nom de maîtres indiscutés en neuropathologie : à Bordeaux, c'est Pitres; à Lyon, c'est Pierret; à Montpellier, c'est Grasset; pour ne parler que des membres de ce congrès.

Malheureusement, en même temps que nous constatons la situation satisfaisante de la neuropathologie, il nous faut constater qu'en aliénation mentale l'organisation n'existe qu'à l'état d'ébauche.

Ce n'est pas un réquisitoire que je veux faire, mais je veux joindre mes efforts aux efforts de ceux qui cherchent à remédier à une situation périlleuse; je veux profiter de ce que vous m'avez aujourd'hui placé plus haut pour me faire entendre de plus loin;

je veux profiter de la présence d'un représentant de l'Administration, dévoué aux intérêts de la science et à la grandeur du pays, pour que nos vœux soient recueillis plus sûrement; je veux profiter de la présence des membres de la Municipalité pour leur dire que si la riche cité bordelaise a déjà beaucoup fait pour la Faculté de Médecine, il lui reste encore à faire; je veux profiter de la présence du jeune et distingué doyen, le professeur Pitres, qui a su en quelques années donner à la Faculté naissante le lustre des vieilles écoles, pour lui dire que sa tâche n'est pas terminée puisqu'il y a encore une lacune à combler. Permettez-moi, Messieurs, de vous exposer brièvement la question.

L'aliénation mentale n'est qu'une partie de la pathologie cérébrale, et la psychologie n'est qu'une partie de la physiologie du cerveau, comme l'admettent aujourd'hui les maîtres les plus éminents et en particuler l'Ecole de Ribot, l'Ecole psychologique anglaise, et comme le répétait volontiers Charcot. C'est pour avoir un moment méconnu cette vérité fondamentale que l'aliénation mentale a été en quelque sorte distraite de la médecine, de sorte que les médecins ont délaissé la médecine mentale comme chose étrangère à leur art, et que, d'autre part, les aliénistes, loin de récriminer, se sont complu dans cette sorte de séparation et d'isolement. Aussi, à une époque qui n'est pas bien éloignée, on aurait volontiers regardé la médecine générale comme s'adressant à la matière, pendant que l'aliénation mentale était afférente à un principe immatériel, suivant les idées théoriques d'Heinroth.

Ces idées surannées, ces fictions ont vécu, mais la scission qu'elles avaient faite, entre la médecine et l'aliénation mentale, n'a pas encore disparu. Et, cependant, il suffit de réfléchir un instant pour comprendre combien il est illogique de ne pas incorporer complètement l'aliénation à la médecine. C'est ce que réclame le simple bon sens. Qu'est-ce, en effet, que le cerveau? C'est le centre des mouvements, des sensations et des opérations intellectuelles. Comment se traduisent les maladies, les lésions du cerveau? Elles se traduisent par des troubles du mouvement, des troubles de la sensibilité et des troubles de l'intelligence, confondant souvent en un même bloc la neuropathologie et l'aliénation mentale. Or, ne vous semble-t-il pas évident que tout médecin doit connaître les symptômes des maladies du cerveau, y compris les modifications de l'intelligence, à l'égal des symptômes des maladies des autres organes, cœur, reins, poumons ou tube digestif. Evidemment cela ne peut être contesté et cependant il n'est pas rare de rencontrer des médecins complètement étrangers à l'aliénation mentale et à la psychologie, c'est-à-dire à la partie essentielle de la pathologie et de la physiologie cérébrales.

Ce résultat, Messieurs, est dû à une éducation médicale imparfaite, incomplète; cela tient à ce que pendant trop longtemps

l'aliénation mentale n'a pas été enseignée officiellement, à ce que l'Asile d'aliénés était presque aussi fermé à l'étudiant qu'au profane, et à ce que pendant longtemps, comme aujourd'hui encore, les connaissances en aliénation mentale furent regardées comme une instruction de luxe.

On n'exige, en effet, de l'étudiant aucun stage dans un Asile, il n'a à subir aucun examen spécial, et, le plus souvent, il recevra son diplôme de docteur sans avoir assisté à une seule leçon d'aliénation mentale, sans avoir examiné un seul aliéné. Et, cependant, ce médecin sera appelé à voir des aliénés; du jour où il a été reçu docteur, il peut être appelé à décider de l'internement des malades et à délivrer des certificats qui ont force de loi; il peut être appelé devant les tribunaux à avoir à se prononcer sur la responsabilité des accusés, disposant ainsi plus que de la vie des malades, de l'honneur des familles.

Il y a trois ans, un des membres les plus estimés de ce Congrès, le Dr Paul Garnier, et l'an dernier, au Congrès de Clermont-Ferrand, M. Henry Monod montraient qu'il n'est pas extrêmement rare de voir un tribunal condamner un aliéné, joignant ainsi au malheur qui frappe une famille la flétrissure d'une condamnation judiciaire. M. Garnier, pour une seule année, a recueilli lui-même une cinquantaine de ces cas; M. Monod a pu en réunir 271 et naturellement il est amené à rechercher le remède à un tel état de choses.

Pour ma part, je n'hésite pas à dire que c'est une utopie de croire qu'on peut arriver à éviter complètement les erreurs de ce genre et que, quand bien même on pourrait remplacer chaque juge par un aliéniste consommé, on n'arriverait qu'à diminuer, mais non à écarter entièrement les causes d'erreur. La question est des plus difficiles et des plus délicates, et c'est pourquoi aux moyens indiqués par M. Monod, je demanderai la permission d'en ajouter encore un.

Je suis, en effet, convaincu que si, comme je le réclame, chaque médecin recevait en aliénation mentale la même instruction que dans les autres branches de la médecine et étudiait la médecine mentale, non pas de façon à être un aliéniste rompu à toutes les difficultés de cette spécialité, mais seulement de manière à soupçonner la folie naissante, le nombre des erreurs judiciaires diminuerait, parce que souvent le médecin de la famille aurait observé les premiers symptômes du mal et qu'il s'empresserait d'apporter aux magistrats le témoignage de son observation et deviendrait ainsi un auxiliaire précieux de la justice.

L'enseignement de l'aliénation s'impose donc avec les mêmes garanties que l'enseignement des autres branches de la médecine, avec stage dans les Asiles, avec examen spécial devant un jury compétent. C'est là ce qu'exige le bon sens, c'est ce que réclament

les circonstances, c'est ce qui se fait dans d'autres pays, en Suisse, en Russie, etc., c'est ce qui doit exister demain en France.

Je ne suis pas, du reste, le premier à élever la voix pour signaler l'insuffisance de l'enseignement de l'aliénation mentale. Qu'il me suffise de rappeler que le regretté professeur Ball l'a fait avant moi en termes éloquents.

Je ne suis pas non plus seul à attacher à ce desideratum des études médicales la plus grande importance et je crois pouvoir dire que l'Administration de l'Instruction publique se préoccupe vivement de cette lacune et qu'elle sera heureuse le jour où les moyens de la combler lui seront fournis. Et je ne doute pas que, quand ce jour sera venu, l'éminent Directeur de l'Enseignement supérieur, ajoutant un nouveau titre à ceux qu'il a déjà à la reconnaissance du monde savant, ne s'empresse d'accomplir cette nouvelle réforme, rendant ainsi du même coup le plus utile des services aux sciences médicales, aux sciences psychologiques, concourant ainsi à l'élévation de l'esprit humain.

Si je ne doute pas de la bonne volonté de l'Administration et de l'Etat, je ne doute pas davantage de la bonne volonté des Pouvoirs locaux, gardiens vigilants de la réputation des cités. Car, si la gloire d'une nation ne réside pas seulement dans sa force matérielle, mais aussi dans sa grandeur morale et intellectuelle, l'éclat et la splendeur d'une ville tiennent non seulement à son étendue et à sa richesse, à son mouvement commercial et à son développement industriel, mais encore à son activité et à sa valeur scientifiques.

Mettons-nous donc tous à l'œuvre et, suivant la devise de la Faculté de Médecine de Bordeaux *Pro scientiæ, urbe et patriæ*, travaillons, avec une inlassable ténacité, chacun dans notre sphère, chacun dans la mesure de nos moyens, à l'accomplissement des réformes et des progrès réalisables, faisons en particulier tout ce que nous pouvons pour répandre plus largement l'instruction et surtout l'instruction supérieure parmi la jeunesse studieuse, sachant bien que ce que nous semons en peines et en sacrifices viendra, au jour de la moisson, accroître notre patrimoine de gloire nationale.

Ce discours a été souvent et vivement applaudi. — M. le Dr Drouineau, délégué de M. le ministre de l'intérieur, a présenté ensuite les regrets de M. Leygues et de M. Monod, directeur de l'assistance publique, de n'avoir pu se rendre à Bordeaux pour assister à ce congrès et à celui de la protection de l'enfance.

Il apporte en leur nom l'expression de leur vive sympathie. L'aliéné doit bénéficier de tous les progrès des sciences médicales et psychiques. La présence officielle d'un représentant

de l'Assistance publique à de tels congrès prouve le souci qu'ils prennent à l'étude des questions de la protection de la société par celle de l'enfance et des aliénés. — La séance a ensuite été levée sur ces mots, et les congressistes se sont répandus dans l'exposition.

Séance du 1er août (soir). — PRÉSIDENCE de M. JOFFROY.

Cette séance et les suivantes ont lieu à la Faculté de médecine. Le doyen, M. le professeur Pitres, a bien fait les choses : la grande porte de la Faculté est ornée de drapeaux ainsi que le vestibule où abondent des plantes vertes, des palmiers, etc. Le service du secrétariat de la Faculté, bien organisé et stylé, facilite la tâche de tous. Des tables ont été réservées dans le plain-pied de l'amphithéâtre à la presse médicale et politique.

M. RITTI, vice-président du congrès de Clermont-Ferrand, transmet les pouvoirs à M. Joffroy, nommé président pour 1895. M. JOFFROY remercie et déclare la session ouverte. On procède alors à la nomination des présidents d'honneur : MM. Berniquet, préfet de la Gironde ; Drouineau, délégué de M. le ministre de l'intérieur ; Delcurrou, premier président ; professeur Pitres, doyen de la Faculté de médecine ; Th. Roussel, sénateur ; Pujol, Roth (de Moscou) ; Francotte (de Liège). — MM. Paul Garnier, délégué du préfet de police, et Gilbert Ballet, professeur à la Faculté de Paris, sont nommés vice-présidents. — MM. Sabrazès, agrégé à la Faculté de médecine ; le Dr Tissié (de Bordeaux), et Roubinovitch, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, sont nommés secrétaires des séances. — Le bureau étant définitivement constitué, la discussion de la première question s'ouvre aussitôt.

QUESTION I. — *Les psychoses de la vieillesse ;* rapporteur : M. Ant. RITTI (de Paris).

On doit entendre, par psychoses de la vieillesse, les affections mentales qui se développent chez des individus arrivés au dernier âge de la vie et restés jusque-là indemnes de tout trouble psychique. Les psychoses le plus souvent observées dans la vieillesse sont, par ordre de fréquence : la mélancolie sous ses diverses formes, en particulier la mélancolie simple et la mélancolie anxieuse ; la confusion mentale ; la manie ; la folie morale ; le délire systématisé. La mélancolie anxieuse de la vieillesse est une des formes les plus nettement définies par la constante agitation, l'angoisse, les impulsions violentes, le refus d'alimentation sous

prétexte qu'on ne donne à manger que de la chair humaine, de la pourriture; la tendance aux obscénités, l'insomnie, etc., cette forme est très curable.

Le délire de persécution, qui débute à l'époque de la vieillesse, présente aussi des caractères spéciaux. Il suit la même évolution que celui de l'adulte, mais elle est plus rapide ; il présente, en outre, des hallucinations de la vue, qui ne sont pas accidentelles, mais font partie de la maladie et entrent en quelque sorte dans la constitution du délire. Le délire systématisé, qu'il s'agisse du délire de persécution ou du délire des grandeurs, peut se manifester dans la vieillesse avec la même cohésion, la même activité, la même tenue que dans l'âge adulte. D'où l'on peut conclure que les psychoses se produisant dans les dernières phases de l'existence ne sont pas nécessairement entachées de cette déchéance intellectuelle, décrite sous le nom de *démence sénile.*

Une manifestation délirante qui s'observe dans presque toutes les psychoses de la vieillesse est l'érotisme. Qu'il s'agisse de la manie, de la mélancolie, du délire systématisé, on trouve chez tous les malades une suractivité dans la sphère du sens génital, se manifestant au dehors par des paroles, des gestes, des actes, souvent de la plus grande obscénité.

L'étude des symptômes somatiques est de la plus grande importance dans les psychoses de la vieillesse. Les troubles de la circulation, les lésions cardiaques, les lésions rénales sont très fréquents. Il est probable que la fréquence, chez les vieillards, de la confusion mentale est due à une auto-intoxication (urémie) (?).

Les *causes* de ces psychoses doivent être cherchées dans l'hérédité, dans les modifications organiques accompagnant la vieillesse, dans la résistance moindre qu'oppose le cerveau sénile aux ictus moraux et autres. — Le *pronostic* de ces affections n'est pas absolument défavorable. La guérison de certaines psychoses de la vieillesse est presque aussi fréquente que celle des vésanies de l'âge mur.

L'étude des psychoses *dans* la vieillesse est, en quelque sorte, le complément de celle des psychoses *de* la vieillesse. Les aliénés, et en particulier les circulaires et les persécutés, arrivent aux extrêmes limites de la vieillesse sans tomber dans la démence. La plupart du temps, ce n'est qu'à la suite d'un ictus cérébral qu'ils présentent les premiers symptômes de cette déchéance de toutes les facultés; mais alors ce ne sont pas des déments vésaniques, mais des déments organiques. — La médecine légale des psychoses de la vieillesse est soumise aux règles ordinaires de la médecine légale des aliénés. Les cas relatifs à la capacité y sont peut-être plus nombreux que ceux concernant la responsabilité.

M. Vallon fait observer que la majorité des psychoses mélanco-

liques chez le vieillard est encore plus grande en réalité que cela ne le semble à considérer la statistique des asiles. En effet, les mélancoliques séniles non internés sont presque constamment ceux des séniles aliénés qu'on observe dans la clientèle privée du dehors. M. Vallon, cherchant à déterminer quelques caractères distinctifs entre la mélancolie ordinaire et celle des séniles, relève la curabilité et la rapidité d'évolution de l'accès : il note la fréquente légitimité de l'accès mélancolique chez des vieillards misérables dont l'existence devient avec l'âge particulièrement difficile. Plus les causes matérielles de détresses ont été réelles, plus ces causes supprimées permettent un complet et prompt rétablissement.

M. Vergely (de Bordeaux) cite six observations personnelles de mélancolie tardive chez des vieillards sans antécédents personnels ou héréditaires. Ces cas étaient caractérisés par des hallucinations visuelles érotiques et la plupart furent terminées par la mort à la suite de complications broncho-pulmonaires. Les malades appartenaient tous au sexe féminin, la plus jeune avait soixante ans, la plus âgée quatre-vingt-dix. Elles avaient toujours joui d'un esprit bien pondéré, aucune tare héréditaire nerveuse ni chez les ascendants, ni chez les descendants. Pas de sénilité apparente prononcée. Maladies antérieures : rhumatismes subaigu chronique articulaire et musculaire, dyspepsie, artères scléreuses et athéromateuse, affection vésicale, bronchite, artérite, intégrité du cœur. Une impression morale chez trois, la masturbation chez la quatrième marque le début des accidents qui s'annoncent chez toutes par une bronchite aiguë ou par une bronchite chronique repassant à l'état aigu. Cette bronchite des grosses bronches n'a cessé qu'avec la vie des malades. Pas de toxicité urinaire, ni gastro-hépatique. Début : hallucination légère de la vue : lueurs, cercles brillants, inquiétude, irritabilité puis vision de personnages assis, isolés, plus tard en procession lugubre, costumes et postures indécentes. Dans un autre cas, un fils est accusé de propos, de tentations obscènes, une autre réclame dans son lit la compagnie d'un homme. Celle-ci se livre à la masturbation, celle-là se contente de chanter des chansons légères, enfin, l'une d'entre elles n'a eu que du délire de persécution. Ce délire alterne et se mêle à un état de pleine conscience, il diminue ou disparaît les derniers jours de la maladie. Les malades ont conscience de la gravité de leur état, annoncent leur fin prochaine et la désirent pour échapper à leurs pénibles hallucinations. Tous les cas que j'ai observés se sont terminés par la mort.

M. Mabille, directeur-médecin de l'asile de Lafond, donne les conclusions d'un travail publié en 1890 en collaboration avec M. Lallemand. 1° Il n'y a pas une folie des vieillards, mais des

formes diverses, des manières d'être de la folie chez les vieillards. — 2° La manie franche est la forme la plus rare, elle surviendra souvent par accès à l'occasion de la vieillesse, la plupart du temps chez les prédisposés, elle se compliquera souvent d'idées de vols, de troubles génitaux et d'idées ambitieuses. — 3° La mélancolie qui revêt chez les vieillards presque toujours la forme anxieuse, avec ou sans idées de doute ou de suicide, avec ou sans croyance qu'on l'a volé, dépouillé, avec ou sans délire hypocondriaque absurde, avec ou sans idées de négation, est la forme la plus fréquente; elle aboutit souvent au suicide.

Cette forme de mélancolie survient le plus souvent chez les vieillards qui ont eu des accès antérieurs de mélancolie, qui comptent des aliénés dans leur famille, ou se manifeste au même âge que chez les ascendants. L'hérédité peut alors être homochrone et similaire.

4° Le délire des persécutions, pur de tous mélanges, est relativement très rare chez le vieillard non dément; on y trouve généralement un mélange d'hallucinations de l'ouïe, qui peuvent manquer, d'hallucinations de la vue si rares chez le persécuté adulte, de troubles variés de la sensibilité générale, et en particulier des troubles de la sensibilité génitale.

L'évolution du délire de persécution vers les idées de grandeur paraît souvent très rapide, mais parfois aussi le délire des grandeurs ne s'observe pas ou bien ne se déclare qu'à une époque éloignée de la maladie; chez le persécuté sénile on retrouvera souvent la croyance qu'on l'a volé, dépouillé, et l'anxiété des mélancoliques. En sorte que le persécuté vieillard réagira particulièrement contre ceux qui lui volent ses biens, tandis que le persécuté adulte réagira surtout contre ceux qui l'hallucinent ou lui prennent sa pensée; de plus, les actes du sénile persécuté seront empreints très fréquemment d'une vraie puérilité qui le portera quelquefois à énumérer docilement ses griefs, sans réagir contre ses persécuteurs.

5° Il en résulte, en outre, des idées de vol, de la défiance exagérée, de l'anxiété, de l'aboulie, du délire hypochondriaque absurde, des idées de négations plus fréquentes chez les vieillards mélancoliques et de la marche irrégulière du délire sénile des persécutions, des caractères particuliers: ceux-ci lorsqu'ils se rencontrent sont le fait d'un affaiblissement plus ou moins apparent des facultés, bien que le malade ne soit pas en démence.

6° Cela paraît d'autant plus probable que chez les vieillards à lésions circonscrites du cerveau ou atteints de démence sénile on retrouvera les mêmes idées de vol, les mêmes actes avec une puérilité plus accentuée, mais ses idées délirantes seront le plus souvent incohérentes, diffuses, souvent transitoires, sans ressemblance avec la folie proprement dite. — 7° Les lésions du cœur sont très

fréquentes chez les vieillards aliénés et le pronostic des formes diverses de l'aliénation sera généralement grave, bien qu'un certain nombre d'accès aient été suivis de guérison.

M. Cullerre (de la Roche-sur-Yon) communique une observation de délire ambitieux systématisé primitif chez un vieillard de soixante-douze ans n'offrant pas trace d'affaiblissement sénile de l'intelligence. Les faits de ce genre sont assez rares, et il serait désirable d'en réunir un certain nombre, avant d'essayer de résoudre les questions multiples de clinique et de doctrine qu'ils soulèvent.

Chez ce malade, on constate, en résumé, une sorte de dynamie fonctionnelle qui rappelle absolument la phase d'excitation de certains circulaires, ou l'accès maniaque de certains intermittents. Ce qui caractérise cet état mental, c'est la surexcitation générale de toutes les facultés. Au premier abord, ces malades font plutôt penser à l'ivresse qu'à la folie. Malgré l'abondance de leurs idées on ne constate chez eux aucune incohérence. Ils aiment à pérorer, à improviser des poésies, à écrire de longs mémoires. Leur personnalité s'enfle jusqu'aux plus extravagantes proportions. Ils se plaisent à s'attribuer une puissance extraordinaire, veulent entreprendre, réformer, édifier, fonder, et parfois se ruinent en spéculations ridicules. Telle est la physionomie de l'état mental du malade dont M. Cullerre rapporte l'observation; l'excitation en est un élément capital et établit une distinction tranchée entre cet état et la folie chronique systématisée ambitieuse désignée autrefois sous le nom de mégalomanie.

Les propensions orgueilleuses des déséquilibrés ne se manifestent jamais seules, elles sont accompagnées de tout un cortège de perversions affectives et d'infirmités morales; le malade dont il s'agit répudiant sa femme, abandonnant ses enfants et déclarant adultérins ceux qui ne se montrent pas disposés à céder à ses caprices, ne fait pas exception à la règle. L'explosion tardive des troubles délirants chez les héréditaires et chez les déséquilibrés n'est pas une chose rare tant s'en faut; Morel n'a pas manqué de le faire remarquer.

M. Régis communique une observation de psychose sénile chez un aveugle à hallucinations oniriques volontairement provoquables que le malade appelle lui-même son sommeil éveillé. A côté de la vie réelle et d'un raisonnement relativement bien conservé, il s'est créé une vie seconde virtuelle qui tend à envahir la première et à s'y substituer. Le malade est euphorique et concentré progressivement dans sa vie intérieure fictive. Une autre sénile femme avait des illusions hypnagogiques avec réaction angoissante consécutive de plus en plus prolongées, aujourd'hui disparues. Cette genèse délirante chez les séniles n'a été jusqu'ici signalée que par de Krafft-Ebing cité par M. Chaslin dans sa thèse.

M. Christian tire ensuite d'une longue série d'observations de psychoses séniles des déductions intéressantes qui peuvent se ramener à la constance des préoccupations de jalousie fondées sur l'érotisme psychique coexistant avec la perte des aptitudes fonctionnelles génésiques.

Séance du 2 *août* (matin). — Présidence de M. Joffroy.

Question II : *Corps thyroïde et maladie de Basedow;* rapporteur, M. Brissaud.

M. Brissaud trace un rapide historique de cette intéressante question. Puis, il montre l'évolution des idées pathologiques depuis la doctrine de Trousseau qui rapportait le goitre exophtalmique à une névrose sympathique, jusqu'à la théorie bulbo-protubérantielle dont Ballet fut le protagoniste. Cette dernière théorie était déjà inscrite dans tous les traités classiques lorsqu'un mémoire de Mœbius (1886), important non par ses dimensions mais par ses conclusions, fit s'opérer un revirement complet de l'opinion : la glande thyroïde sécrète une substance toxique, et c'est cette substance qui exerce sur les centres nerveux les actions pathogènes diverses qui se traduisent par la triade et les symptômes connexes du goitre exophtalmique.

Les raisons de Mœbius étaient les suivantes : *a*) Certains goitreux des vallées profondes et humides où le goitre est endémique présentent des signes analogues et parfois même identiques à ceux de la maladie de Basedow. — *b*) Dans la maladie de Basedow, si le corps thyroïde n'est point volumineux, il n'en existe pas moins des lésions constantes de la glande.

On venait d'ailleurs d'apprendre à connaître la cachexie strumiprive et le myxœdème lié à l'absence post-opératoire ou à l'atrophie partielle du corps thyroïde et il paraissait exister entre ces deux états d'une part (ralentissement du pouls, torpeur physique et intellectuelle) et le goitre exophtalmique (tachycardie, irritabilité, etc.) un contraste saisissant. On se demanda si l'*hypothyroïdation*, c'est-à-dire la diminution ou une suppression de la fonction thyroïdienne, ne causait pas le myxœdème, tandis que l'hyperfonctionnement de la glande, l'*hyperthyroïdation*, provoquait l'éclosion de la maladie de Basedow.

Mais le goitre exophtalmique, considéré par Charcot comme une entité morbide, est plutôt envisagé actuellement comme un syndrome nerveux. De même l'épilepsie dont les anciens faisaient une espèce nosographique n'est plus qu'un syndrome qui peut être mis en jeu par des causes multiples. En matière de système nerveux, la lésion n'est rien, la localisation est tout. Cette localisation peut comporter plusieurs centres; s'ils sont tous actionnés les uns après

les autres, on aura une série de *phénomènes identiques consécutifs;* si quelques-uns seulement de ces centres sont excités ou inhibés le tableau clinique sera incomplet et fruste et de même qu'il existe une *épilepsie larvée*, de même on connaît le *goitre exophtalmique fruste*.

Dans tout syndrome, il est toujours un signe primordial. Dans l'épilepsie c'est l'*absence;* dans la maladie de Basedow c'est la tachycardie perçue (palpitations) ou non perçue. L'hyperthyroïdation ferait à la rigueur comprendre le cas insidieux de goitre exophtalmique, avec sa triade classique; mais elle permet difficilement d'expliquer les cas *suraigus* après une émotion vive, un mouvement de colère, une « peur figée » (Potain).

Ces considérations nous conduisent à examiner l'*étiologie*. Parmi les causes générales, la plus constante est la prédisposition héréditaire, parfois similaire (Mignon). Les *causes spéciales* sont les causes nerveuses accidentelles, les chocs émotionnels, les maladies thyroïdiennes. A la suite d'une thyroïdite subaiguë, d'origine grippale par exemple, on a vu évoluer une maladie de Basedow mais très incomplète dans son expression symptomatique. La pneumonie, le mal de Bright, créent aussi le goitre exophtalmique; mais ce sont le plus souvent des formes *latentes*, insoupçonnées et qu'il faut savoir dépister. Tels sont, brièvement exposés, les éléments étiologiques disparates.

Le chapitre le plus important vise les lésions du corps thyroïde dans la maladie de Basedow. On pensa tout d'abord que l'hypertrophie de cet organe résultait de troubles vaso-moteurs et de fait il diminue toujours de volume *post mortem*, subissant une décongestion subite.

De plus l'hypertrophie thyroïdienne n'est pas proportionnelle à l'intensité de la maladie, ce qui militait en faveur d'une modification secondaire d'ordre vaso-moteur.

Plus tard MM. Joffroy et Achard insistent sur la constance des lésions diverses (kystes, sclérose) du corps thyroïde chez les basedowiens; mais ces lésions banales se retrouvent chez des sujets indemnes de tout symptôme de goitre exophtalmique. S'agirait-il d'une lésion spéciale, d'une hyperthyroïdite avec une augmentation des surfaces sécrétantes d'une véritable cirrhose hypertrophique (Letienne)? Deux examens anatomo-pathologiques plaident dans le sens de cette opinion.

Les auteurs qui invoquent l'action du processus infectieux sur le corps thyroïde se heurtent à ce fait singulier que l'hypertrophie thyroïdienne est généralement unilatérale ou du moins prédomine d'un côté, surtout à droite. Cette dimidiation serait en faveur plutôt d'une action nerveuse.

Les partisans de la théorie nerveuse placent dans le bulbe l'incitation initiale qui entretient par un effet vaso-moteur, soit des

deux côtés, soit d'un seul côté du corps thyroïde, un état d'irritation vaso-motrice et vaso-sécrétoire qui crée la lésion thyroïdienne. La preuve de cette explication se fera peut-être physiologiquement. Mais la clinique et l'anatomie pathologique sont encore peu explicites sur ce point.

La théorie la plus plausible est celle d'une irritation des centres bulbaires avec, ultérieurement, transformation kystique et cirrhose épithéliale du corps thyroïde. La physiologie expérimentale prête main-forte à la théorie bulbo-protubérantielle. Entre le bulbe et la protubérance, à la partie externe du plancher du quatrième ventricule, il est une région dont l'irritation ou la destruction entraîne le syndrome basedowien. Filehne ayant sectionné les corps restiformes sur de jeunes lapins vit survenir simultanément l'exophtalmie, la tuméfaction du corps thyroïde et la tachycardie. Durdouli a même indiqué avec une grande précision le niveau des corps restiformes auquel il convient de pratiquer la section pour provoquer cette maladie de Basedow expérimentale : c'est juste à la hauteur du tubercule acoustique. Ce sont là des observations physiologiques de haute portée que la clinique a pu corroborer dans un petit nombre de cas. Quand le tabes, qui a une marche ascendante, atteint les corps restiformes, il met en branle le syndrome de Basedow. La pachyméningite cervicale hypertrophique, la syringomyélie, peuvent produire ce même résultat.

Ainsi, en faveur des théories nerveuses s'inscrit l'étiologie. Pour la théorie thyroïdienne plaident la symptomatologie et aussi l'anatomie pathologique. Mais, dans cette seconde hypothèse, si l'hyperthyroïdisation cause la maladie de Basedow, comment agit-elle sur les centres nerveux? Il faudrait ici céder la place aux physiologistes. Peut-être répondraient-ils que jamais l'injection à l'homme ou à l'animal de suc thyroïdien, quels que fussent la dose et le mode d'emploi, n'a réalisé un goitre exophtalmique typique.

M. Brissaud examine ensuite la sanction thérapeutique de la théorie thyroïdienne. Des deux médications thyroïdiennes, l'une est *chirurgicale*, l'autre *médicale*.

A. *Traitement chirurgical.* — S'il faut en croire les chirurgiens, le seul traitement rationnel et efficace de la maladie de Basedow est l'intervention chirurgicale. Ils peuvent discuter encore sur les procédés opératoires; il n'en est que deux auxquels on doive recourir : la thyroïdectomie partielle et la ligature des artères thyroïdiennes. Kocher, partisan de la ligature, reproche à la thyroïdectomie quelques morts subites; en raison de la friabilité des vaisseaux dans la maladie de Basedow et vu la nécessité de faire l'opération aussi rapidement que possible, la plupart des chirurgiens préfèrent la thyroïdectomie.

A quel moment faut-il intervenir. Cette question est évidemment

la plus grave, attendu que l'urgence de l'opération n'est jamais immédiate, en dehors des cas de grande compression ou de cachexie imminente. Le traitement médical, sur lequel nous n'avons point à nous étendre, compte aussi ses succès et, en tout cas, la cachexie ne survient, au pis aller, qu'une fois sur cinq dans le goitre exophtalmique vrai. Il est donc impossible d'établir une règle générale; ou, s'il en est une, on doit la formuler de la façon suivante : l'opportunité de l'opération est déterminée par le danger ou même par la menace du danger.

B. *Médication thyroïdienne.* — S'il est un traitement illogique de la maladie de Basedow, c'est bien à coup sûr celui qui consiste dans l'ingestion de lobes thyroïdiens! Et cependant ce traitement a été préconisé; qui plus est, il semble avoir donné quelques bons résultats! Appliquer à deux maladies contraires la même méthode thérapeutique, surtout lorsqu'il s'agit d'un médicament aussi énergique que le corps thyroïde, c'est le comble du *similia similibus*, le comble de l'homéopathie à haute dose. Voici, croyons-nous, dans quelles conditions on en est venu à recourir à la médication thyroïdienne contre le goitre exophtalmique.

Les injections ou l'ingestion du suc thyroïdien (extrait ou pulpe) avaient fait leurs preuves dans le traitement du myxœdème acquis. On les appliqua au myxœdème crétinoïde ou crétinisme myxœdémateux et ce fut avec un succès presque égal. Rien n'était plus tentant que de les employer contre le crétinisme goitreux, et le nombre des cas heureux fut tel qu'on y vit un encouragement à utiliser la même méthode dans le goitre simple. Du goitre simple au goitre exophtalmique, il n'y avait qu'un pas, surtout depuis qu'on faisait la part si belle aux faux goitres exophtalmiques. Quelques physiologistes protestèrent au nom de la doctrine violée. Ils n'avaient pas eu recours eux-mêmes à cette thérapeutique paradoxale; mais elle leur semblait tout à fait contre-indiquée. Les faits ayant plus d'éloquence que la logique pure, on n'eut pas de peine à mettre au jour un certain nombre de cas dans lesquels l'administration du suc thyroïdien, non seulement avait été inutile, mais encore avait exagéré considérablement les symptômes de la maladie de Basedow (Horsley, Canter, Marie).

Nous n'avons pas d'opinion personnelle sur ce point. Il nous est cependant difficile de mettre en doute l'authenticité des résultats publiés par Jules Voisin, Bruns, Reinhold, Beclère, Bogrof. Ce dernier auteur aurait obtenu, dans douze cas de goitre exophtalmique, des améliorations tout à fait remarquables. Plusieurs malades auraient pu être considérés comme complètement guéris! Ce ne sont pas seulement les symptômes généraux qui, au dire de l'auteur, auraient cédé à la médication, mais encore la tachycardie et le goitre. Seule, l'exophtalmie aurait persisté. Nous attendrions

volontiers, avant de recourir nous-même à cette méthode, que de nouveaux succès l'eussent définitivement consacrée.

Le thymus est un organe qui passe, à tort ou à raison, pour l'antagoniste du corps thyroïde. L'idée de traiter le goitre exophtalmique par l'ingestion de fragments de thymus (ris de veau) devait venir à l'esprit. Toutes les tentatives sont permises dans cette voie nouvelle. J. Mikulicz (de Breslau) se félicite de cette thérapeutique, dix fois sur onze l'amélioration aurait été considérable et rapide.

Nous terminerons en signalant un procédé sérothérapique mis à l'essai depuis quelques mois par MM. Ballet et Enriquez. Les recherches auxquelles nous faisons allusion sont trop peu avancées encore pour qu'on puisse en tirer des conclusions définitives. Les auteurs eux-mêmes se tiennent encore très prudemment sur la réserve; mais l'idée directrice de leurs expériences est si ingénieuse que nous aurions regretté de n'en pas dire au moins un mot. Ils ont eu l'obligeance de mettre à ma disposition quelques notes très explicites dans leur concision, et nous ne saurions mieux finir qu'en leur cédant la parole :

« Nous avons cherché à réaliser expérimentalement l'hyperthyroïdisation par différents procédés : l'ingestion, la greffe et les injections d'extrait thyroïdien glycériné, préparé selon la formule de d'Arsonval. Sans entrer dans le détail de nos expériences, nous dirons que l'ingestion, même de très fortes doses et prolongée pendant plusieurs mois, n'a pas provoqué chez tous nos animaux des phénomènes toxiques ; quelques-uns semblaient même jouir d'une immunité complète à cet égard. Il est intéressant d'opposer ce fait expérimental aux résultats rapides et constants que provoque l'ingestion du corps thyroïde chez l'homme dans le cas de myxœdème.

« La *greffe*, que nous avons pratiquée avec succès, soit à distance dans le péritoine, soit au niveau même du corps thyroïde, n'a pas été suivie non plus de symptômes bien nets.

« Par contre, l'*injection sous-cutanée* d'extrait thyroïdien du mouton a provoqué chez nos animaux et cela d'une façon constante, un tableau symptomatique, identique dans ses allures mais variable dans son intensité et dans sa date d'apparition, suivant la dose injectée et surtout suivant l'âge de l'animal en expérience; les animaux jeunes se montrent beaucoup plus sensibles à l'intoxication thyroïdienne. Les phénomènes d'intoxication consistaient au début en de la fièvre, de la tachycardie, des crises de tremblement et, souvent aussi, en une agitation accompagnée d'un certain éclat du regard. Nous n'osons affirmer qu'il y ait une exophtalmie vraie, bien qu'elle ait paru exister dans deux cas et qu'elle ait été relevée par un observateur non prévenu. Si on poursuit l'intoxication, l'amaigrissement survient très rapide (certains de nos animaux, les plus jeunes, ont perdu le tiers de leur poids en moins de huit

jours), accompagné de crises, de diarrhée et de malaise ; l'agitation fait place à la torpeur, les animaux se meuvent difficilement, quelques-uns ne peuvent même plus se tenir sur leurs pattes ; ils succombent dans le collapsus.

« Mais, en dehors de ces symptômes d'intoxication générale, les injections sous-cutanées d'extrait thyroïdien, pratiquées en général dans la paroi abdominale, ont provoqué chez nos animaux des modifications importantes du corps thyroïde. Chez trois de nos chiens, nous avons pu constater une tuméfaction très nette des lobes du thyroïde, tuméfaction qui, dans un cas, atteignait le volume d'une mandarine, véritable goitre expérimental. Cette tuméfaction s'est amendée avec les autres symptômes d'intoxication, fièvre, tachycardie, etc., quand on a cessé les injections, et a reparu aussitôt qu'on les eut reprises.

« Sur un certain nombre de chiens soumis aux mêmes expériences, nous n'avons pas constaté de tuméfaction appréciable des lobes thyroïdes, mais par contre, chez la plupart, nous avons pu constater des lésions histologiques importantes. Ces lésions histologiques, qui souvent transforment la glande au point de la rendre méconnaissable, consistent en une inflammation intense, à la fois interstitielle et épithéliale, aboutissant en dernière analyse à sa transformation scléreuse.

« Ainsi l'injection à distance d'extrait thyroïdien provoque dans la glande même une réaction inflammatoire des plus vives : il y a là une véritable élection. C'est un fait qu'il nous semble important de souligner : on pourrait l'invoquer pour admettre que la fonction physiologique antitoxique de la glande thyroïdienne telle qu'on la conçoit à l'heure actuelle s'accomplit dans la glande elle-même et non dans le courant sanguin ni dans les organes.

« De plus, cette transformation scléreuse de la glande avec destruction complète des alvéoles et des cellules épithéliales, à la suite de l'hyperthyroïdisation expérimentale, pourrait expliquer aussi certains cas cliniques où l'on a vu les symptômes du myxœdème succéder à ceux de la maladie de Basedow. Elle expliquerait aussi comment, dans ces cas, certains symptômes relevant non plus d'une hyperthyroïdisation, mais bien d'une hypothyroïdisation secondaire, ont pu être améliorés par le traitement thyroïdien, ingestion de lobes ou injections d'extrait.

« S'il est vrai que, chez l'homme, les symptômes observés dans la maladie de Basedow relèvent également de l'hyperthyroïdisation, nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas là l'indication d'un traitement particulier. A l'état normal, et c'est là l'hypothèse la plus vraisemblable qui semble découler de très nombreuses expériences, il se formerait dans l'organisme une substance toxique qui neutraliserait la sécrétion thyroïdienne normale. L'extirpation ou la destruction du corps thyroïde permet l'accumulation dans

l'organisme de cette substance toxique non neutralisée : c'est la condition pathogénique du myxœdème. Dans le cas d'hyperthyroïdisation, il y a au contraire excès de sécrétion thyroïdienne neutralisante, sans qu'il y ait suffisamment de substance toxique à neutraliser. Dans ces conditions ne pourrait-on pas essayer de diminuer les effets de l'hyperthyroïdisation par l'injection d'une certaine quantité de substance toxique à neutraliser? C'est ce que nous avons essayé de réaliser en injectant du sérum de chiens éthyroïdés à un certain nombre de malades basedowiens.

« C'est là, nous le répétons, une idée théorique dont la démonstration nécessite des recherches longtemps poursuivies. Nous pouvons cependant dire d'ores et déjà que les résultats obtenus jusqu'à présent, particulièrement chez une malade du service du Dr Brissaud, dont l'exophtalmie a diminué d'une façon très notable à la suite de ce traitement sérothérapique, nous autorisent à poursuivre nos recherches dans cette voie. »

M. Renaut (de Lyon). — Dans son rapport, M. Brissaud conclut avec raison que l'hyperthyroïdisation expérimentale ne reproduit pas le syndrome de Graves dans son entier et, d'autre part, que nous ne connaissons pas le mécanisme que les centres nerveux mettent en œuvre pour créer les conditions anatomo-pathologiques spéciales d'où procède l'hyperthyroïdation. Nous ne savons pas, dit-il, si, dans la maladie de Basedow, c'est le bulbe ou la glande thyroïde qui commence; il incline plutôt à penser que c'est surtout le bulbe. Bref, la discussion va s'engager encore une fois entre « bulbaires » et « thyroïdiens ». J'ai à vous faire connaître et à préciser mon sentiment sur la question, car je suis à vos yeux, je le pense du moins, un « thyroïdien » par excellence; mais encore peut-il importer de savoir sous quelle forme je le suis présentement.

La théorie thyroïdienne du goitre exophtalmique est issue de deux travaux initiateurs : celui de Mœbius et la thèse de mon élève Bertoye (1888), dans laquelle j'ai montré l'existence d'un type de fièvre liée au goitre exophtalmique et d'une lésion particulière (sclérose intralobulaire effaçant les voies lymphatiques, sauf dans les intervalles des lobules). De cette altération, il résulte que la sécrétion interne de la glande, au lieu de se faire à l'intérieur du lobule par les lymphatiques et par les veines, ne peut plus se débiter que par voie veineuse en pénétrant directement dans le sang. Je supposais, en outre, que le produit de la thyroïde, ne subissant plus dans les voies de la lymphe ses transformations normales, créait dans l'organisme un état d'intoxication dont la fièvre était un signe révélateur. Le syndrome de Graves est, dans cette conception, la réaction bulbo-protubérantielle suscitée par le poison thyroïdien; la cachexie basedowienne est le résultat de l'empoisonnement chronique des tissus.

L'analyse histologique fut mon instrument d'investigation. J'ai d'abord cherché une lésion en dehors du système nerveux central, où rien de typique n'était relevable. En revanche, dans toute maladie de Basedow légitime, la thyroïde, hypertrophiée ou non, est toujours malade. Les grains glandulaires et les boyaux épithéliaux pleins qui les relient sont doublés d'une néoformation conjonctive mince, d'une couche de cellules plates endothéliformes qu'on ne retrouve pas à l'état sain. De plus, le stroma interacineux n'est plus constitué par du tissu connectif lâche. On ne trouve plus, au sein de ce dernier, les fentes lymphatiques normales plus ou moins nettement injectées de matière colloïde identique à celle des grains. Mais tout récemment j'ai pu pénétrer plus avant dans cette étude histologique.

Sur une jeune fille de vingt ans, basedowienne type, mon collègue et ami, le professeur agrégé Jaboulay, a enlevé un lobe de thyroïde que j'ai injecté immédiatement avec le mélange osmio-picro-argentique. Traité de la même façon et pris pour terme de comparaison, un corps throïde de chien montre l'immense réseau des lymphatiques *interlobulaires* et *intralobulaires* fixés, distendus et imprégnés de nitrate d'argent. Dans la thyroïde exophtalmique le dispositif est bien différent. Tous les lobules sont séparés les uns des autres par de larges bandes de tissu conjonctif lâche où courent les vaisseaux sanguins de distribution. Les veines sont gorgées de sang. Les lymphatiques, avec leur endothélium festonné, sont immenses. Dans l'intérieur des lobules pas un lymphatique ne se montre. Tout le système des lymphatiques intra-lobulaires est annulé. Les grains thyroïdiens marginaux seuls débitent leur substance colloïde dans les lymphatiques interlobulaires, demeurés à leur portée comme voie d'issue. Au centre, la voie sanguine subsiste seule et règne largement ; le débit de la sécrétion thyroïdienne ne peut se faire là que par la voie veineuse directe.

Considérons maintenant les éléments de la glande elle-même. Je suis d'accord avec Brissaud et Greenfield sur la réalité d'une cirrhose hypertrophique thyroïdienne. Tout le parenchyme glandulaire de nouvelle formation est intérieur au lobule, c'est-à-dire en un point dépourvu de lymphatiques : ceux-ci constituent normalement les voies d'élimination, les canaux excréteurs de la glande thyroïde ; dans la maladie de Basedow, ils n'existent plus.

Les colorations électives à l'éosine hématoxylique colorent en rose la matière colloïde des grands lymphatiques interlobulaires et des grains marginaux du lobule. Dans les grains centraux cette réaction colorante est faible ; dans les grains néoformés au centre des lobules, elle est ordinairement nulle. Et cependant, la marge des lobules, seule atteinte par l'acide osmique de l'injection, est, de ce chef, bien plus difficile à colorer que le centre, où l'acide osmique n'a pu pénétrer grâce à la sclérose.

Quelle explication faut-il donner maintenant de ces faits d'analyse histologique précise? Quelle en est au juste aussi la portée à prévoir? Ici, je vais être forcé de mêler à des faits quelques interprétations. Sur un fœtus humain de trois mois les grains glandulaires de la thyroïde ont un contenu d'aspect brillant, que l'éosine ne colore pas en rose. Ce contenu est représenté par une substance que j'appellerai *thyromucoïne*. A l'état adulte, le corps thyroïde sécrète par contre une autre substance que j'appellerai *thyrocolloïne*. C'est la thyromucoïne qui est d'ailleurs le produit direct de l'activité sécrétoire de l'épithélium thyroïdien; elle forme des granulations réfringentes à l'intérieur du protoplasma des cellules épithéliales.

La thyrocolloïne est le résultat de réactions secondaires qui se passent dans la petite cavité glandulaire réalisée par chaque grain thyroïdien; elle répond à l'état de maturité de la sécrétion thyroïdienne. Elle n'est nullement formée par des cellules particulières, comme le croyait O. Langendorff, ou ayant suivi une évolution spéciale, comme le pense encore Kürthle. Elle se produit naturellement dans tous les grains desservis normalement par leurs canaux excréteurs lymphatiques.

En résumé, nous voyons que, dans la thyroïde des exophtalmiques, la thyrocolloïne ne se forme régulièrement que dans les grains marginaux, ceux qui débitent leur contenu dans les grands lymphatiques interlobulaires, développés au maximum pour vicarier la fonction excrétoire annulée du centre du lobule. Au sein de ce dernier, là où les lymphatiques manquent, les grains déjà formés sont pauvres en thyrocolloïne : la maturation du produit de sécrétion ne se fait pas. Là où il y a des grains jeunes, néoformés, le produit de sécrétion reste constitué par la thyromucoïne seule. Dans les glandes dont le conduit excréteur s'atrésie progressivement, le parenchyme prolifère suivant le type de la cirrhose hypertrophique; ici, les lymphatiques excréteurs intra-lobulaires faisant défaut, ces conditions se trouvent réalisées.

La sécrétion s'exerce normalement encore sur la marge du lobule, subissant dans les voies lymphatiques l'action toxicophage des globules blancs, ce qui empêche la cachexie strumiprive. Mais, au centre du lobule, c'est de la thyromucoïne qui s'éliminera et cela directement par les veines. C'est dans la thyromucoïne que je suis amené à reporter le poison basedowien ou plutôt thyroïdien. C'est cette substance retirée du corps thyroïde fœtal qui devrait servir à des expériences d'hyperthyroïdisation sur l'animal. Mais ce poison thyroïdien agit en retour sur la glande thyroïde qui tend à revenir à l'état fœtal, ainsi que l'ont démontré MM. Ballet et Enriquez.

La sécrétion thyroïdienne est sous la dépendance du système nerveux central et, dans l'espèce, d'un centre bulbo-protubérantiel.

Un *primum movens* à déterminer, peut-être variable (il pourrait être microbien, résulter d'une auto-intoxication, d'une extension des lésions neuraxiales préalables, ou se réduire à une action de choc), met la glande thyroïde en hyperactivité par l'intermédiaire du système nerveux. L'hyperthyroïdisation commence lentement, sourdement d'abord. Il y aura dès lors trop de thyroprotéine à détruire le long des voies lymphatiques. Alors apparaîtront aussi ces troubles fonctionnels précurseurs, émotivité, anxiété des choses ambiantes, tremblements légers, éclat du regard, relevés dans l'hyperthyroïdisation expérimentale et qu'on ne manque guère de constater au début de la maladie de Basedow. C'est la période fonctionnelle.

L'hyperthyroïdisation crée une lésion de la glande. C'est alors la thyromucoïne qui passe directement dans la circulation sanguine et va impressionner les centres nerveux. Alors apparaissent les symptômes majeurs basedowiens, ceux de la période d'intolérance qui se termine par une cachexie mortelle ou par une période de tolérance et d'effacement des symptômes morbides.

M. Joffroy. — Je suis heureux de voir M. Renaut se montrer « thyroïdien », selon l'expression pittoresque de M. Brissaud.

Je profite de l'occasion pour lui demander quelques éclaircissements, car il y a loin, à ce qu'il semble, entre sa manière actuelle d'envisager les choses et celle qui est exposée dans la thèse de M. Bertoye, dont une partie est écrite de la main de M. Renaut.

Dans ce dernier travail, le goitre exophtalmique est considéré comme une maladie infectieuse et la cause morbigène de la maladie comme appartenant à l'ordre des agents infectieux, des ferments figurés vivants.

D'autre part, la fièvre du goitre exophtalmique, dans cette première conception pathologique de MM. Bertoye et Renaut, serait produite « par la mise en jeu de deux facteurs combinés, une perturbation nerveuse et un agent infectieux, celui-ci devant peut-être son existence au défaut de fonctionnement de la glande thyroïde ».

M. Renaut. — Les doctrines médicales ont évolué depuis 1886 et j'ai orienté mes recherches sur des bases nouvelles.

M. Gley rappelle les données expérimentales acquises sur la physiologie de la glande thyroïde.

Le mécanisme de cette fonction nous est inconnu. Comment connaîtrions-nous le mécanisme du fonctionnement troublé ?

En fait, quelle est la valeur des explications proposées pour rendre compte des symptômes de la maladie de Basedow ?

La théorie de la sécrétion exagérée de la glande thyroïde n'est pas justifiée par les faits. Personne jusqu'à présent n'a reproduit intégralement la maladie par les injections répétées de liquide thyroïdien.

D'autre part, les faits thérapeutiques ne sont pas plus démonstratifs. Dans certains cas la maladie paraît avoir été aggravée par l'extrait thyroïdien, mais il y a des cas où elle a été améliorée par le même traitement. Même contradiction dans les effets du traitement chirurgical.

Ainsi la maladie de Basedow ne peut actuellement s'expliquer par l'exagération de la sécrétion thyroïdienne. Il y a plus : on pourrait par des raisons aussi vraisemblables expliquer la maladie par une insuffisance de cette sécrétion. En effet, tous les symptômes secondaires de la maladie, tremblements, contractures et convulsions, paralysies, troubles respiratoires, digestifs, oculaires, etc., s'observent chez les chiens thyroïdectomisés. Quant à l'exophtalmie et à la tachycardie on pourrait en rendre compte par des phénomènes de compression du sympathique cervical et du pneumogastrique, d'autre part, résultant du goitre même. Le goitre s'accompagnerait des altérations plus ou moins profondes des éléments glandulaires, d'où l'insuffisance fonctionnelle de la thyroïde.

Une troisième théorie pourrait être soutenue, on peut penser que les symptômes de la maladie dépendent de l'intoxication de l'organisme par des produits anormaux formés par la glande thyroïde altérée. Il conviendrait en tout cas d'entreprendre l'étude systématique des extraits de glande altérée, comparativement à l'étude de l'extrait de glande normale.

En définitive ce que nous pouvons, je crois, affirmer seulement dans l'état actuel de nos connaissances, c'est qu'il existe un rapport de cause à effet entre les altérations de la glande thyroïde et la maladie de Basedow. Les observations de M. Renaut cadrent avec cette opinion.

MM. Ballet et Enriquez (de Paris). — Parmi les théories qui essayent d'expliquer le mécanisme pathogénique de la maladie de Basedow, il en est une qui est à l'ordre du jour, c'est celle de l'hyperthyroïdisation. Nous avons pensé, il y a plus d'un an, qu'avant de chercher à formuler une théorie, il était intéressant d'étudier chez l'animal les effets de l'hyperthyroïdisation. La communication que nous avons l'honneur de faire vise surtout à vous exposer les résultats des expériences poursuivies dans ce but (quelque parti d'ailleurs qu'on en puisse tirer) pour l'interprétation de la maladie de Graves. M. Gley a par avance fait la critique de la théorie de l'hyperthyroïdisation. On aura à apprécier dans quelle mesure les faits expérimentaux que nous rapportons peuvent servir à étayer cette théorie. Bien que, en l'état actuel des choses, elle nous paraisse la moins inacceptable de toutes celles qui ont été proposées et que provisoirement nous ayons tendance à nous y rallier, nous tenons à déclarer que nous faisons bon marché des interprétations pour nous attacher exclusivement aux faits. Ceci dit, voici le résumé de nos recherches sur l'hyperthyroïdisation expérimentale.

Tout d'abord, nous devons rappeler que, chez l'homme, le traitement thyroïdien intensif dirigé contre les accidents de myxœdème a provoqué des symptômes analogues à ceux de la maladie de Basedow, tachycardie, instabilité du pouls, tremblement, éclat du regard, exophtalmie (Béclère). Expérimentalement, nous avons essayé de réaliser l'hyperthyroïdisation par trois procédés : la greffe, l'ingestion et les injections d'extrait thyroïdien. Ces divers procédés ont fourni des résultats différents. D'une façon générale, l'âge semble être un des facteurs importants d'intoxication thyroïdienne, quel que soit le procédé employé. C'est ainsi qu'un de nos chiens, âgé de cinq mois environ, a succombé à des injections sous-cutanées d'extrait au bout de sept jours, alors que les mêmes injections pratiquées à des doses doubles ou triples, et cela pendant plus longtemps, n'ont pas provoqué la mort de chiens âgés de plusieurs années. Quant à la valeur relative des trois différents procédés d'hyperthyroïdisation dans nos expériences, l'intoxication réalisée par les injections d'extrait s'est montrée plus intense et plus constante.

Dans deux cas de greffe, celle-ci s'est résorbée. On a procédé par ingestion sur six chiens. Dans aucun cas, même après intoxication prolongée (800 lobes en quarante jours), nous n'avons provoqué la mort. Ce fait est en contradiction apparente avec les cas où chez l'homme on a provoqué par ingestion en excès de corps thyroïde des accidents graves et même mortels. Du reste les résultats de l'ingestion chez l'animal sont variables. Les doses massives provoquent des diarrhées qui, vraisemblablement, permettent l'élimination trop rapide du produit pour qu'il soit absorbé.

Il y avait donc intérêt à recourir à l'injection d'extrait glycérique préparé suivant les procédés usuels. Disons cependant que l'ingestion détermine des symptômes immédiats et des symptômes tardifs. Les premiers s'observent déjà une demi-heure à deux heures après l'ingestion (élévation de la température, fréquence plus grande des battements de cœur). En dehors de ces deux symptômes, on constatait une période d'excitation très manifeste (éclat particulier de l'œil, crises de tremblement et de dyspnée qui duraient environ deux heures).

Les symptômes tardifs ont consisté en une conjonctivite constante, en un amaigrissement rapide et en des troubles digestifs divers. La diarrhée, sanguinolente ou non, est un signe habituel. L'un des chiens soumis à des doses relativement faibles au début a présenté au maximum ces divers symptômes. Il a eu en outre de l'exophtalmie. Ces symptômes rappellent le tableau clinique de la maladie de Basedow sauf l'augmentation de volume du corps thyroïde.

Sur douze chiens, on a pratiqué des injections sous-cutanées. Dans presque tous les cas, le tableau symptomatique était ana-

logue à celui que nous venons de décrire, mais avec plus d'intensité. L'âge de l'animal importe beaucoup plus que la dose employée.

Quand on multiplie les injections, l'amaigrissement s'accentue, les crises de diarrhée et de mélæna se répètent jusqu'à la mort. Il y a constamment de la polyurie et souvent de l'albuminurie. A l'agitation succède la torpeur, voire même des phénomènes paralytiques, et enfin le collapsus terminal. De plus, fait intéressant, les lobes thyroïdiens sont hypertrophiés parfois considérablement. Les lésions histologiques, correspondant à cette hypertrophie, sont superposables à celles que vient de nous décrire M. Renaut. Elles sont même plus accusées puisqu'elles peuvent aboutir à une transformation granuleuse et ultérieurement scléreuse du parenchyme.

Quelles conclusions doit-on tirer de ces expériences ? Il est évident que l'hyperthyroïdisation a reproduit un bon nombre des symptômes de la maladie de Basedow ; on ne peut dire qu'on détermine l'affection elle-même dans son intégralité. En dehors de la reproduction de la plupart des symptômes du goitre exophtalmique, il faut souligner la réaction inflammatoire produite dans la glande elle-même par l'injection à distance d'extrait thyroïdien. On peut invoquer ce fait pour admettre que la fonction physiologique antitoxique de la glande thyroïde s'accomplit dans la glande elle-même et non dans le courant sanguin.

Les transformations scléreuses de la glande sont donc consécutives : elles peuvent expliquer pourquoi une insuffisance thyroïdienne, se traduisant par quelques symptômes de myxœdème, peut succéder à un goître exophtalmique type; elles permettent aussi de comprendre l'efficacité du traitement par le suc thyroïdien dans certains cas de maladie de Basedow à la période secondaire d'hypothyroïdisation.

Étant donnés ces faits expérimentaux, quelle est l'hypothèse la plus vraisemblable ? M. le professeur Joffroy qui a mis en cause, il y a quelques années, le corps thyroïde dans la genèse de la maladie de Basedow, a cherché à rattacher la maladie à des lésions destructives du corps thyroïde (trouble de son fonctionnement). Comme M. Renaut, comme nous-même, M. Joffroy modifierait sans doute aujourd'hui sa manière de voir en tenant compte des nouveaux faits acquis. Les lésions invoquées par M. Joffroy se retrouvent (Brissaud) en dehors des goitres exophtalmiques et sont de cause banale. D'autre part, la cirrhose hypertrophique (Brissaud) mérite confirmation. Quant aux lésions histologiques décrites par M. Renaut, elles sont secondaires. Pour nous, le phénomène initial, c'est le fonctionnement exagéré de la glande thyroïde, par conséquent un trouble humoral. Cette sécrétion exagérée met en branle dans le bulbe, ou accessoirement dans la moelle, les noyaux qui président à la maladie de Basedow, et, secondairement, l'hy-

perthyroïdisation provoque dans la glande elle-même, chez l'homme, les lésions de Renaut. Les causes morales, infectieuses ou toxiques qui agissent sur le système nerveux, mettent en branle l'hypersécrétion.

Cette théorie justifie les tentatives thérapeutiques suivantes : à l'état normal, et c'est l'hypothèse la plus vraisemblable, il se formerait dans l'organisme une substance toxique neutralisée par le corps thyroïde normal. L'extirpation ou la destruction de la glande provoque l'accumulation de cette substance toxique non neutralisée dans l'organisme : c'est le myxœdème. Dans le cas d'hyperthyroïdisation, au contraire, il y a plus de sécrétion thyroïdienne neutralisante que de substance toxique à neutraliser. Dans ces conditions, on peut, pour diminuer les effets de l'hyperthyroïdisation, injecter une certaine quantité de substance toxique à neutraliser. Le sérum de chien *éthyroïdé* remplit ce but et nos tentatives thérapeutiques sont jusqu'à présent favorables.

M. Gley tient à faire remarquer de nouveau qu'il n'attaque aucune théorie et ne soutient ni l'hyperthyroïdisation ni l'hypothyroïdisation. Cette réserve faite, il importe de préciser les termes du problème. Personne n'a reproduit *intégralement* la maladie en injectant du liquide thyroïdien si j'en crois, du moins, les recherches et statistiques publiées jusqu'à ce jour. Je persiste à croire que ni la tachycardie, ni le goître ne sont des caractères spécifiques.

Il y a des raisons aussi valables pour l'hypothyroïdisation que pour l'hyperthyroïdisation. Il faut en ce cas mettre une sourdine aux théories : encore une fois on ne peut connaître la fonction *troublée* d'un organe quand on ne connaît pas sa fonction *normale*. Si M. Ballet a des faits nouveaux confirmant sa manière de voir, nous les attendons avec impatience et les lirons avec intérêt : tous les travaux éclairant la question seront toujours les bienvenus qu'ils viennent des histologistes, des physiologistes ou des cliniciens.

M. Verrier. — J'insiste sur l'incompatibilité notée par M. Brissaud entre le myxœdème et le goitre exophtalmique, puisque le premier est l'atrophie, le second l'hypertrophie du corps thyroïde.

De cette opposition il résulte logiquement que le traitement qui convient au myxœdème ne saurait convenir au goitre exophtalmique, malgré quelques observations de M. Jules Voisin qui paraissent favorables à l'injection ou à l'ingestion du suc ou de la pulpe thyroïdienne.

Je fais des réserves pour la sérothérapie encore en voie d'expérimentation par MM. Ballet et Enriquez. Je crois à l'avenir de la sérothérapie artificielle par le procédé de J. Chéron et en attendant je recommande aux praticiens l'hydrothérapie et l'électrothérapie galvanique ou statique.

MM. Taty et Guérin (de Lyon). — Nous avons employé chez un

malade du service de la Clinique des maladies mentales le traitement préconisé par Mikulicz (de Breslau) dans la maladie de Basedow, l'ingestion de thymus. Notre sujet, prédisposée héréditaire, présentait outre les signes physiques de la maladie, des troubles mentaux caractérisés par des idées vagues d'empoisonnement et de persécution. Elle était toute la journée en mouvement Mais tandis que la malade de M. Rubiez n'a pris que 375 grammes de thymus en cinq semaines, la nôtre, grâce à sa boulimie, a pu absorber sans troubles connus 1^{kg},500 de thymus crus en deux mois environ. Nous avons employé le thymus de veau, comme l'indiquait ce matin même M. le professeur Renaut, comme Mikulicz lui-même avait conseillé de le faire, bien qu'il eût utilisé le thymus de mouton dans son cas. Les résultats de ce traitement ont été faibles au point de vue physique. La malade a seulement maigri de 3^{kg},400. Le tour du cou est resté le même, ainsi que le tremblement. Quant à l'état mental et à l'agitation, ils n'ont présenté aucune modification. Après un repos de huit jours, cette malade a été soumise au traitement par la thyroïdine de Merck à la dose de 40 centigrammes par jour, pendant dix jours. Nous n'avons observé aucun des effets fâcheux relatés par divers auteurs à la suite de l'emploi de la thyroïdine ou du corps thyroïde dans la maladie de Basedow. Au contraire, l'agitation a paru diminuer, et même dans les jours qui suivirent la suppression de la thyroïdine, la malade passa plusieurs heures de la journée assise et tranquille. Mais le délire était resté le même. Pendant le traitement la malade a encore maigri de 3 kilogrammes.

M. Régis communique un *nouveau cas de myxœdème infantile notablement amélioré par le traitement thyroïdien.* — J'ai eu l'honneur de présenter par deux fois à la Société de Médecine de Bordeaux, il y a quelques mois, une jeune fille de treize ans et demi atteinte de *myxœdème infantile* type, très heureusement modifié par le traitement thyroïdien. J'ai insisté particulièrement, à l'occasion de ce cas, sur deux points : d'une part, sur l'activité extrême de la médication thyroïdienne, qui n'avait jamais pu dépasser chez la malade la dose quotidienne de 10 *centigrammes* sans provoquer des accidents d'excitation fébrile; d'autre part, sur l'efficacité prépondérante de cette médication dans le domaine de la nutrition générale, où elle se révélait par un accroissement rapide de la taille et une poussée intense de la dentition.

M. J. Voisin (de Paris). — Depuis sa dernière communication à la Société médicale des Hôpitaux en octobre 1894, il a soigné deux autres malades atteints de goitre exophtalmique par l'alimentation thyroïdienne, et il a obtenu des résultats satisfaisants. Les observations de M. Voisin le poussent à penser que la glande thyroïde des malades sécrète un liquide anormal, vicié, et que l'alimenta-

tion thyroïdienne diminue les effets de sécrétion anormale. La thyroïdisation ne serait donc pas la seule cause du goitre. Il faut admettre une sécrétion anormale au point de vue de la qualité aussi bien que de la quantité. L'alimentation thyroïdienne détruit les toxiques que le corps thyroïde de l'individu a versés dans l'économie, ou bien il faut admettre que cette alimentation supplée à la sécrétion insuffisante du corps thyroïde malade.

M. PONS (de Bordeaux) lit une observation relative à une femme atteinte de maladie de Basedow typique. Cette femme était une hystérique, dont les attaques cessèrent lorsque le syndrome basedowien apparut.

M. PONS termine sa communication par les considérations générales suivantes : Dans l'excellente page de critique que M. Brissaud a écrite pour le Congrès, il fait un exposé magistral des doctrines qui ont cours sur le goitre exophtalmique ; il met, surtout, en présence les deux théories qui sont le plus en faveur auprès du monde savant, la théorie thyroïdienne et la théorie nerveuse. La lecture de ce rapport, très impartial, ne convertit à aucune de ces doctrines, peut-être parce qu'elles sont également ingénieuses, défendues l'une et l'autre par des hommes également éminents. Il y aurait donc quelque témérité à vouloir formuler, à l'heure actuelle, une opinion sur un sujet si obscur et si controversé. Il me sera permis de remarquer, toutefois, que l'observation qui précède est peu favorable à l'hypothèse d'une infection thyroïdienne. Il est difficile, en effet, d'attribuer un rôle capital dans la scène morbide à ce goitre qui vient faire son apparition tardivement, qui disparaît pour se montrer de nouveau. A moins qu'on ne suppose que le goitre existait dans le principe, virtuellement, qu'il n'a jamais disparu en totalité et qu'il a pu exercer en tous temps l'action toxique que la théorie thyroïdienne lui assigne. Si l'on suit attentivement l'histoire de la maladie depuis son enfance, on est porté plutôt à chercher la genèse de cet état morbide dans une intoxication initiale qui a fait de bonne heure une hystérique de la femme E... Elle n'a jamais cessé d'être en puissance d'hystérie et les signes cliniques qu'elle présente encore aujourd'hui permettent de la considérer comme une hystérique.

Lorsque les attaques l'ont quittée, à une époque malheureusement indéterminée pour nous, pour faire place au syndrome basedowien, ne pourrait-on voir, dans les nouveaux accidents qui ont apparu, une modalité nouvelle d'un même trouble pathologique? Le mal de Graves serait alors une sorte d'hystérie larvée. C'est que nous nous trouvons, en effet, avec cette malade, en plein domaine hystérique. Le tremblement, les troubles sensoriels cutanés, la suppression de certains réflexes, le rétrécissement du champ visuel me paraissent le démontrer. L'analyse de l'urine, qui a été faite plu-

sieurs fois, fait voir une diminution notable de l'urée et des *excreta*. La malade a présenté, comme beaucoup d'hystériques, un léger état fébrile qui, à certaines époques, a été marqué par des recrudescences et par une aggravation concomitante des troubles mentaux. A ces crises correspondait un gonflement de la tumeur thyroïdienne.

Tous ces phénomènes ont paru connexes, l'évolution du goitre semblait liée à la crise fébrile et aux manifestations délirantes. Il y a là un groupement de faits cliniques où l'hystérie joue le rôle prépondérant. On remarque encore que l'analyse de l'urine a fait découvrir un changement bien connu dans les proportions des phosphates. Le dosage de ces sels a montré une augmentation notable de l'élément terreux, auquel des idées modernes attribuent une signification importante pour caractériser l'hystérie grave. Quelques points méritent encore d'être relevés dans cette observation. Les rapports entre la température, le pouls et la respiration semblent se dérober à toute règle. Tandis que la température suit une courbe régulière d'une interprétation facile, on peut voir que le pouls tachycardique ne suit pas les modifications thermiques. Au contraire il s'en écarte formellement, diminuant de fréquence le soir, où se produit une élévation de température.

La respiration a toujours été rapide et sa fréquence a augmenté ces jours derniers, alors que les autres symptômes s'amendent et que l'état général s'améliore. L'émotion paraît exercer une influence sur le nombre des respirations (qui a pu aller jusqu'à 76 et qui est aujourd'hui de 58 à 60 le matin comme le soir). On a pu s'assurer que lorsque la malade est seule, elle respire plus facilement. Chose bien curieuse, la malade ne paraît pas souffrir de la dyspnée. Si on lui demande si sa respiration est gênée, elle répond négativement. Cette dyspnée serait donc purement nerveuse, bien que l'état du cœur puisse contribuer à sa production. Nous avons vu en effet que l'organe cardiaque est le siège de lésions graves; une péricardite ancienne et une hypertrophie ventriculaire.

Je voudrais, en terminant, appeler, sur un détail, l'attention de mes savants collègues. La femme E... a été arrêtée à la suite d'une inculpation d'attentat à la pudeur. L'enquête a donné des résultats douteux et les protestations que la malade fait entendre dans la demi-lucidité semblent sincères. La science n'est pas affirmative, si je ne me trompe, au sujet de l'excitation génésique dans la maladie de Basedow. Se produit-elle chez la femme et faut-il y attribuer une importance en médecine légale?

M. Trenel (de Vannes) communique une observation de paralysie générale avec maladie de Basedow et tabes combinés. Le goitre exophtalmique semble lié au tabes qui paraît lui-même comme la paralysie générale être d'origine spécifique.

M. MABILLE (de la Rochelle) apporte une observation de maladie de Graves guérie à la suite d'une grossesse normale.

M. BABINSKI signale dans sa pratique personnelle deux observations typiques de l'existence de la maladie de Basedow avec le myxœdème. Ces faits semblent particulièrement embarassants pour les théories en discussion fondées sur l'hypothèse de toxines ou d'antitoxines en excès ou déficit selon que l'on aurait affaire à l'une ou l'autre de ces affections, basedowienne ou myxœdémateuse. Il est difficile de comprendre qu'un même produit puisse être à la fois en excès et en défaut.

M. GLEY, à ce propos, vient confirmer les observations cliniques de M. Babinski par des faits d'expérimentation physiologique. Des chiens et autres animaux thyroïdectomisés présentent parfois les mêmes symptômes que l'on attribue à l'hyperthyroïdisation dont il ne saurait être question en l'absence de corps thyroïde.

M. MATTON (de Dax et Salies-de-Béarn). — Je crois devoir appeler l'attention du Congrès sur un cas clinique que j'ai observé récemment. Il s'agit d'une malade qui a présenté à la fois une maladie de Basedow, une cirrhose hypertrophique thyroïdienne chronique, si l'on veut, et une cirrhose hypertrophique du foie avec ictère. C'est une jeune fille de vingt-quatre ans, appartenant à une famille de névropathes alcooliques, quelque peu alcoolique elle-même, et dont une sœur est morte de goitre exophtalmique. Elle a le goitre, l'exophtalmie, la tachycardie et le tremblement; elle présente, de plus, les signes de la cirrhose hypertrophique du foie : ictère chronique, troubles digestifs profonds, selles et urines bilieuses, etc.; enfin un état mental particulier tout à fait anormal. Je présente le fait sans me permettre de conclure : Je pense qu'il est curieux de voir évoluer un même processus anatomique sur la glande thyroïde et sur la glande hépatique d'un même sujet.

Après la séance, M. le professeur J. RENAUT a fait une très intéressante conférence sur les *neurones*.

Séances du 3 *août* 1895. — PRÉSIDENCE DE M. JOFFROY ET DE M. G. BALLET.

Le succès du Congrès est démontré par l'affluence des auditeurs. L'amphithéâtre est comble. Avant la discussion générale, M. Regaud, préparateur de M. Renaut, a donné la *technique* de l'emploi du bleu de méthylène dont M. Renaut et lui se servent pour colorer les éléments nerveux.

QUESTION III : *Des impulsions irrésistibles des épileptiques;* rapporteur, M. V. PARANT.

Les impulsions irrésistibles des épileptiques appartiennent au

groupe des délires de courte durée; elles le constituent même en majeure partie, ce qui leur donne au point de vue médico-légal une grande importance. Parmi les points qui me semblent devoir solliciter l'attention d'une manière particulière, dit M. Parant, je signalerai les suivants : 1° la détermination des manifestations impulsives, auxquelles Morel donnait le nom d'*épilepsie larvée;* 2° la précision des symptômes, qui, en dehors de la connaissance des accidents épileptiques convulsifs, permettent de rattacher à l'épilepsie les impulsions qui lui sont propres; 3° la recherche des faits où les impulsions épileptiques proprement dites surviennent en dehors des accidents convulsifs; 4° l'examen des conditions où, en dehors des impulsions proprement dites, les épileptiques doivent être considérés comme irresponsables de leurs actes.

La première question est une de celles qui sont le plus controversées. Il s'agit de savoir si des individus qui n'ont jamais présenté aucune des manifestations habituelles de l'épilepsie convulsive (absence, vertiges, attaques complètes ou incomplètes) peuvent avoir des impulsions qui soient réellement de nature épileptique. Ces impulsions, rappelons-le, ont été désignées par Morel sous le nom d'*épilepsie larvée.*

Pendant longtemps, l'opinion de cet auteur fut admise sans conteste et ne rencontra aucun contradicteur. S'il n'a pas continué à en être ainsi, cela tient, sans doute, à ce que des disciples trop fervents ont voulu faire entrer, dans le cadre de l'épilepsie larvée, tout délire transitoire à forme impulsive.

Aujourd'hui il existe, parmi les aliénistes, deux opinions contradictoires relatives à l'épilepsie larvée : suivant les uns, cette sorte de trouble mental dont l'impulsion irrésistible est le caractère prédominant existe ou peut exister indépendamment de tout phénomène convulsif, si fugace ou si léger soit-il, vertige ou simple absence; suivant les autres, les impulsions ne sont jamais indépendantes des troubles convulsifs.

La question ne pourra être tranchée que par des faits, mais jusqu'à présent ceux-ci sont peu nombreux et je n'ai guère pu en réunir que trois qui soient réellement propres à faire admettre l'existence de l'épilepsie larvée.

A défaut des faits il y a quelques arguments qui, en dépit des négations contraires, sont favorables à cette doctrine. Un des plus formels est tiré des cas où il se produit ce qu'on a désigné sous le nom de *substitution* et qui concernent des faits dans lesquels un individu sujet à des troubles mentaux divers, ne fussent-ils d'ailleurs pas impulsifs, voit ces troubles disparaître au moment où il présente des attaques d'épilepsie qu'il n'avait point éprouvées jusque-là, et inversement les cas dans lesquels des attaques d'épilepsie convulsive diminuent de fréquence ou même disparaissent lorsque surviennent des perturbations mentales.

Un autre argument doit être tiré des similitudes plus ou moins complètes que peuvent offrir entre elles deux manifestations morbides dont l'une porte nettement l'estampille de ses attaches originelles, et dont l'autre, sans la présenter aussi clairement, sans même la présenter du tout, ressemblera d'une manière frappante à la première. Ainsi, par exemple, on a affaire à deux impulsifs, qui tous deux offrent les mêmes symptômes, tous deux ont eu le même délire, tous deux ont accompli les mêmes actes inconscients, tous deux enfin sortent de leur crise d'une manière identique. L'un a eu des attaques d'épilepsie convulsive, l'autre n'en a jamais présenté. Peut-on ne pas reconnaître que tous deux sont atteints de la même maladie? Peut-on, dans le second cas, ne pas porter le diagnostic d'épilepsie avant d'avoir vu les convulsions elles-mêmes? S'il en devait être ainsi, il vaudrait autant dire qu'aucun diagnostic n'est possible. Nous sommes donc bien réellement en droit de conclure que la nature épileptique des impulsions peut être affirmée même indépendamment de la constatation ou de la connaissance des accidents convulsifs.

Arrivons maintenant aux caractères généraux des impulsions épileptiques. D'une manière générale, l'impulsion est un phénomène dans lequel l'individu est entraîné irrésistiblement, malgré lui, à commettre un acte. Tantôt il en a conscience, tantôt il ne s'en rend aucun compte. L'inconscience résulte de l'évolution même de la crise et provient d'un autre phénomène bien plus important, presque constant, sinon constant, et qui est l'amnésie, la perte du souvenir des actes accomplis et des faits survenus pendant la crise impulsive.

L'amnésie doit être considérée comme le signe le plus important des impulsions irrésistibles des épileptiques. Bien qu'on la rencontre dans d'autres états morbides, dans d'autres formes impulsives, notamment celles des hystériques, nulle part ailleurs elle ne se présente avec les allures qu'elle prend dans l'épilepsie; aussi lorsqu'elle peut être constatée avec certitude, permet-elle de caractériser nettement le trouble morbide auquel elle se rattache.

Dans quelques cas cependant, le malade a une notion assez obscure, assez vague de certains incidents de sa crise. Il ne se rappelle pas tout, mais quelques particularités ont laissé leur empreinte dans la mémoire et ne se sont point effacées.

Il est d'autres cas où le souvenir, également assez vague, ne s'exerce pas spontanément, mais revient par une sorte de réflexion, de retour sur lui-même que fait le malade, ou grâce aux indications que lui donne son entourage. L'inconscience et l'amnésie des actes ont une conséquence importante au point de vue de la médecine légale : c'est que les épileptiques impulsifs, ayant accompli leurs délits ou leurs crimes d'une manière ouverte, ne prennent ensuite aucun soin pour les dissimuler, pour se sauver, pour se dérober

aux yeux de témoins importuns. Elles font encore que l'individu montre une grande indifférence à l'égard de ce qu'il vient de faire et que, même lorsqu'il est revenu à lui, il n'en manifeste souvent aucun remords. Un autre caractère des actes impulsifs des épileptiques est d'être toujours identiques les uns aux autres chez le même individu.

A l'identité des attaques entre elles se rattache un autre caractère qu'il est assez fréquent de rencontrer dans les impulsions épileptiques, c'est qu'elles reviennent périodiquement avec une certaine régularité. La constatation de l'impulsion elle-même est une simple question de fait et la concordance des signes dont nous avons parlé permet d'en faire le diagnostic.

Ce qui est plus important et souvent plus délicat, c'est de savoir, abstraction faite des accidents convulsifs de l'épilepsie, si l'on a affaire à une impulsion épileptique, et de ne point la confondre avec les impulsions qui peuvent se présenter dans d'autres états morbides. La connaissance des accidents convulsifs et des divers signes de l'épilepsie proprement dite est assurément le meilleur moyen d'établir la nature des troubles impulsifs qu'il s'agit de juger; mais il peut se faire que cette notion fasse défaut, soit qu'on ne puisse par soi-même constater les attaques, soit qu'il ne se trouve personne ni rien pour dévoiler leur existence.

Les impulsions irrésistibles qui ressemblent le plus à celles des épileptiques sont celles des hystériques, notamment celles qui se présentent sous la forme de vagabondage, de fugues, etc.

Les dégénérés, eux aussi, ont parfois des impulsions au vagabondage (*dromomanie* de Régis et Dubourdieu); mais chez eux l'inconscience est tout à fait rare; le souvenir des crises persiste et, en tout cas, leur manière d'être, dans l'intervalle des crises, est bien différente de celle des épileptiques. Tout récemment, on a publié des observations d'accès de vagabondage chez des individus atteints de paralysie générale; mais les caractères d'incohérence qui marquent les actes des paralytiques, la semi-conscience qui persiste empêchent qu'il ne puisse y avoir confusion avec les impulsions des épileptiques.

Il nous reste à rechercher maintenant ce qui, par rapport aux impulsions ou à l'état impulsif, permet de déterminer l'irresponsabilité des épileptiques. En ce qui concerne les impulsions irrésistibles proprement dites, la difficulté réside surtout dans le diagnostic qu'il s'agit d'en faire, diagnostic qui consiste non seulement à constater l'impulsion, mais encore à éliminer toutes les particularités qui seraient de nature à laisser planer un doute à son sujet. Ce diagnostic fait, les conséquences se déduisent presque d'elles-mêmes : l'épileptique impulsif est un véritable aliéné et il doit être traité comme tel.

La tâche du médecin en pareil cas n'en est pas moins très déli-

cate. Il doit ne poser son diagnostic qu'après s'être entouré de tous les éléments possibles de certitude; il doit se défier des renseignements qui lui sont donnés, d'autant plus que parfois c'est par eux, plutôt que par ses constatations directes, qu'il devra juger la situation. Il ne doit pas s'en rapporter à quelques affirmations plus ou moins intéressées, à des dires qui, émanant d'ordinaire de celui qui est mis en cause, devront *a priori* être tenus pour suspects.

D'autre part, l'épilepsie en elle-même, il ne faut pas l'oublier, n'est pas une cause d'irresponsabilité : elle peut fort bien laisser à l'individu toute son intégrité mentale, la libre possession de lui-même et, par conséquent, ne point le rendre irresponsable. Il y a des états d'impulsion franche, irrésistible, où la volonté est tout à fait annihilée et où, par conséquent, l'irresponsabilité est acquise; cela peut même se produire dans quelques cas où il n'y a point inconscience des actes. En dehors de cela, tout épileptique réputé sain d'esprit et l'étant réellement, est responsable des délits qu'il a pu commettre, sauf, s'il y a lieu, admission de circonstances atténuantes.

M. Jules Voisin (Paris) dit que la caractéristique du délire épileptique et des impulsions est l'instantanéité dans l'acte, la perte du souvenir et l'absence de motif de l'acte exécuté. Quand le souvenir d'un délire est très exact après un accès convulsif, il croit qu'il faut faire intervenir dans un très grand nombre de cas la dégénérescence mentale.

M. Voisin rapporte à l'appui de cette opinion une observation d'une malade ayant parfois souvenir des actes qu'elle commet pendant des impulsions, tandis qu'au contraire, à la suite d'un accès complet ou incomplet, elle présente des hallucinations, puis reste pendant un temps plus ou moins long en état de délire; dans ce dernier cas, le souvenir fait défaut.

M. Jules Voisin aborde ensuite un nouveau point de la discussion ; il prouve la possibilité du diagnostic entre les impulsions irrésistibles dues à l'épilepsie et celles que l'on observe quelquefois dans l'hystérie. Le diagnostic le plus difficile à faire est celui de la paralysie générale progressive avec l'épilepsie : mais les idées sont plus niaises chez le paralytique général ; et, en fin de compte, la marche de la maladie est bien différente dans les deux cas.

Quant à la responsabilité des épileptiques, il est certain qu'elle est pleine et entière entre les crises ; mais cependant, après la fugue, la responsabilité doit être nulle. La loi accorde trois jours ; ce temps est beaucoup trop court. M. Jules Voisin a dans son service une malade dont l'état mental reste quinze jours incompatible avec toute responsabilité.

M. Verrier, après avoir apprécié les travaux faits sur la question, rapporte, sous une forme humoristique, deux observations de fugues d'hystérique et d'épileptique.

M. Ch. Wallon s'attache à démontrer que l'examen de l'acte même, présumé accompli sous l'influence de l'épilepsie, est le vrai critérium médico-légal. La constatation ultérieure d'attaques d'épilepsie laisse toujours la porte ouverte à un doute sur la nature véritablement épileptique de l'acte délictuel incriminé. L'auteur cite à ce propos une série d'observations dans lesquelles des épileptiques incontestés ont accompli desactes criminels sans rapport avec leur état maladif; l'un d'eux a même simulé une crise peu après l'arrestation et prétendu ne se souvenir de rien.

M. Challan de Belleval, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux, cite une statistique d'exemption dans les armées françaises et étrangères au sujet de l'épilepsie; la France a moins de réformés pour épilepsie que l'Allemagne. La justice militaire est plus rigide que la justice civile, dont elle diffère beaucoup. On a affaire à la simulation[1], et l'orateur en cite plusieurs cas. Il y a de véritables artistes en la matière, mais on finit toujours par les démasquer; à côté d'eux, il y a les vrais malades, dignes d'intérêt, et qui, sous l'impulsion, répondent mal à leurs chefs, les frappent, déchirent les effets, s'enfuient de la caserne. Le Code militaire est draconien : il doit l'être. M. Challan demande qu'un triage sérieux soit fait aux conseils de revision afin qu'on n'envoie pas au régiment des malades dont les manifestations nerveuses sont très préjudiciables à l'armée. « Ce n'est pas avec la quantité, dit-il en terminant, qu'une armée est vraiment forte, mais avec la qualité. »

M. Régis insiste sur l'importance particulière de la médecine légale au point de vue particulier de la loi militaire et de l'épilepsie qui est trop souvent méconnue. Nombre de malades épileptiques ou autres sont ainsi parfois condamnés par ces tribunaux spéciaux trop fermés à l'intervention médicale.

M. P. Garnier, à propos des observations communiquées par M. Vallon, insite sur la nécessité d'attirer l'attention des magistrats sur l'atténuation constante de la responsabilité des épileptiques qui même, en tant que simples vicieux et délinquants hors de leurs crises, ne peuvent pas ne pas subir, à quelque degré, un retentissement psychique de leur mal s'étendant dans la sphère morale. M. Garnier adopte la théorie de l'épilepsie larvée; une étude a été présentée en son nom à l'Académie de Médecine par M. Mesnet en 1883. Au point de vue médico-légal, tout l'intérêt consiste dans l'appréciation de l'épilepsie larvée. Il accepte avec tous les alié-

[1] L'un des meilleurs moyens de découvrir la *simulation*, dans ces cas, c'est de prendre la température rectale, à la période de ronflement ou terminale, un quart d'heure, une heure ou deux après l'accès. *Il y a toujours élévation de la température.* — Il va de soi qu'il ne faut pas se contenter d'une seule observation. (Bourneville.)

nistes la perte de mémoire comme le critérium le plus pur; la triade épileptique est constituée par la perte de connaissance, l'automatisme, l'amnésie.

M. Vallon répond que l'on ne peut établir une règle trop générale; la responsabilité variant selon les malades et selon l'époque de l'acte chez un même malade. L'étude de l'acte et de ses caractères peut donc seule éclairer dans certains cas le légiste. D'ailleurs, soit sous forme de conclusion additionnelle, soit dans le corps même du rapport, l'expert ne saurait manquer de signaler aux juges l'étroite connexion qui relie l'attaque d'épilepsie aux perturbations psychiques les plus diverses dont elle peut être le facteur déterminant dans certains cas, mais non constamment.

M. Charpentier appelle l'attention du Congrès sur l'importance de la simulation de l'épilepsie dans les asiles et l'absence de caractères constants permettant d'établir cliniquement et irréfutablement la nature épileptique des troubles mentaux impulsifs ou autres. Il ne faut pas oublier qu'à côté de l'aboulie morbide et l'impossibilité d'inhiber une impulsion maladive, il y a des entraînements passionnels et des tendances perverses que le malade s'abstient de réfréner, confiant dans l'amnistie que lui assure sa qualité d'épileptique.

M. Tissié (de Bordeaux) apporte un cas nouveau d'épilepsie observé sur un jeune homme élève d'un lycée. L'attaque provenait d'une idée qui, grossissant peu à peu, devenait énorme et déplaçait toute autre idéation en sa faveur; le malade sentait à cela que la crise était proche et il s'arrangeait de façon à l'éviter. Alors il cherchait à opposer une autre idée à la « mauvaise idée », il la grossissait *par la volonté*, et si la lutte pouvait s'établir, la crise ne survenait pas, l'idée thérapeutique combattait l'idée pathogène, sinon la crise suivait son cours. La crise était aussi arrêtée par un appel violent de l'attention du malade. C'est la première fois qu'une telle observation est signalée, aussi la communication de M. Tissié provoque-t-elle une discussion très intéressante puisque le propre de l'épilepsie est l'abolition de la volonté. Or, dans le cas de M. Tissié, la volonté paraît jouer un certain rôle, mais en apparence cependant, car, d'après l'auteur, il ne s'agit là que d'une illusion volitive.

M. Régis, à propos de l'observation précédente où le malade a pu refréner ses attaques dans certains cas, cite un malade qui, par un effort volontaire, a pu supprimer des attaques épileptiques diurnes fréquentes.

M. Garnier. — Ces faits sont contraires à la doctrine classique de l'inconscience et de la fatalité du mal sacré.

M. Laroussinie rappelle à son tour les cas d'attaque avortant par

ligature périphérique et où le mécanisme inhibitoire semble agir à la façon d'une autre suggestion. Il ajoute qu'il hésite beaucoup à admettre le qualificatif larvée ajouté dans certains cas à l'épilepsie. Par exemple, les malades atteints d'automatisme ambulatoire. Voilà un individu qui évite les obstacles, suit parfaitement une route; est-ce que, dans ce cas, les centres psychiques n'agissent pas ? ils sont excités. Les centres moteurs le sont aussi, puisqu'un homme qui souvent, à l'état normal, se fatiguait très vite, parcourt une route très longue sans fatigue. Ainsi, excitation des centres psychiques et excitation des centres moteurs; cette épilepsie, loin d'être *larvée*, est, si l'on peut s'exprimer ainsi, un « type d'épilepsie » psycho-motrice ?

M. le Dr Pitres. — Il y a quelques années, si un malade faisait une fugue, si en même temps il présentait quelque stigmate de dégénérescence, ce malade était immédiatement classé parmi les épileptiques. Actuellement la question est beaucoup plus complexe. Dans ce qu'on a décrit sous le nom de *fugue*, il y a trois séries de faits :

1° Parmi ces sujets, les uns seront caractérisés par un besoin physique pur et simple de marcher; 2° les seconds par un besoin psychique; 3° les autres enfin ont des impulsions véritables.

1° Le *besoin pur et simple de marcher*, besoin uniquement physique, s'observe quelquefois comme seul symptôme (M. Pitres en rapporte deux cas);

2° Le *besoin psychique* de la marche se rencontre chez les vagabonds. Ces vagabonds ont une psychologie très intéressante. Une première variété est représentée par les *trimardeurs*, ces derniers ne travaillent jamais, ils sont toujours en tournée, ne commettent guère que quelques atteintes contre la petite propriété et n'entrent pas pour une grande part dans la criminalité. C'est la paresse seule qui les engage à mener cette vie errante.

A côté des trimardeurs, il y a les *ouvriers errants* (M. Pitres vient d'en observer un qui a fait quarante fois le tour de France; il se grise, travaille en passant dans les villes jusqu'au jour où il touche sa paye, puis se grise de nouveau et repart).

Une troisième variété est constituée par les *hypochondriaques errants;* ceux-ci courent les hôpitaux et même les villes pour se faire débarrasser de maux imaginaires.

La quatrième variété comprend les *aliénés divers* qui se déplacent sous l'influence d'une conception délirante. C'est ainsi qu'un paralytique général, par exemple, a pu faire 148 kilomètres en voiture sans désemparer, forçant le cheval qui tomba mort et continua à pied cette course effrénée, jusqu'à ce qu'on le ramenât de vive force chez lui.

3° La troisième catégorie a trait *aux impulsifs*.

Il faut faire trois subdivisions. a) *Impulsifs conscients.* — C'est le sujet qui, à un moment donné, sans raison suffisante, sans délire, sans perte de connaissance, part et fait une fugue de plusieurs heures à plusieurs mois. Les faits de ce genre ont été rattachés à la neurasthénie, à la dégénérescence mentale, et constituent ce que M. Régis a appelé la *dromomanie*.

b) *Impulsifs hystériques.* — On peut distinguer deux ordres de faits : il est des malades qui marchent au cours d'une crise hystérique, sous l'influence de leur délire. Les seconds malades sont plus intéressants, ils ont été étudiés dans la thèse de Tissier en 1886, où l'on trouve l'observation d'un hystérique, bien connu (D...), qui à l'état de somnambulisme a fait des fugues multipliées, dans tous les pays d'Europe. D'autres exemples ont été fournis par Proust, Raymond, etc. Dans ces derniers cas, les malades sont en état second, ne se souviennent de rien après la fugue; on peut faire revivre leur souvenir par l'hypnose.

Les faits de ce genre sont nombreux. Tous ces malades sont des gens qui aiment à marcher; qui ont un besoin impérieux de marcher. Si on ne donne pas satisfaction à ce besoin impérieux les malades se fixent un but, peuvent résister, mais s'ils passent à l'état second, immédiatement ils partent.

c) *Impulsifs épileptiques.* — Dans tous les cas d'impulsion épileptique, il existe bien des points inconnus. Les cas publiés jusqu'ici prêtent le flanc à la critique. L'état de conscience du malade en état de fugue n'a jamais été observé. Il est très difficile d'admettre, dans l'hypothèse de mal comitial, cette conscience si lucide et si raisonnable qui permet à ces malades de ne pas éveiller l'attention publique, de satisfaire à tous les besoins de la vie, pendant leur fugue.

Cela cadre-t-il avec l'idée que nous nous faisons de l'état mental des épileptiques? Peut-être porte-t-on le diagnostic d'épilepsie par ignorance; et l'examen plus approfondi du malade pourrait peut-être autoriser le diagnostic d'hystérie. C'est là un point à débattre dans l'avenir. L'hypnotisation pourra peut-être résoudre la question.

M. Doutrebente s'élève contre la confusion qui tend à s'établir entre épileptiques et hystériques migrateurs si l'on applique aux uns et aux autres la suggestion hypnotique, pour lui il y aurait même une pierre de touche pour la distinction de la nature hystérique des troubles mentaux et nerveux. Il estime, en effet, que les seuls hystériques sont hypnotisables, jamais il n'a pu hypnotiser de vrais aliénés et met en fait que tous les aliénés non hystériques sont réfractaires absolument à l'hypnose.

M. Doutrebente cite un cas très typique de fugue chez un épileptique. Il s'agit d'un jeune homme qui partit subitement de chez lui avec 250 francs dans la poche; on n'entendit plus parler de lui. Un jour, en Belgique, on le trouve mort sur une route; il n'a pas été

tué pour être volé, car il possède les 250 francs; mais il est mort de faim. L'acte impulsif avait été tellement violent, que le malade en avait perdu la notion de vie organique. M. Doutrebente demande pour terminer si l'hypnose de l'épileptique et de l'aliéné est bien réalisable. Pour lui il n'a jamais pu la provoquer.

M. Jules Voisin déclare qu'il n'a jamais pu hypnotiser des épileptiques. Il estime que ceux-ci ont conscience des actes qu'ils accomplissent pendant leur attaque d'épilepsie larvée, mais ils n'ont pas le souvenir de ces actes. C'est là simplement un phénomène d'amnésie.

M. Laroussinie (du Bouscat) fait allusion à un malade hystérique atteint de délire hypocondriaque qui put être hypnotisé dans un but criminel, et resta six mois dans un état second.

M. Régis. — Il faut poser la question en ces termes : un hystérique atteint de vésanie est-il hypnotisable?

M. Ballet. — Il y a cinq ans. M. Auguste Voisin porta devant la Société médico-psychologique, des observations d'aliénés traités et même guéris sous l'influence de la suggestion hypnotique. Une commission fut nommée pour vérifier ces résultats. Les malades de M. Voisin étaient des hystériques qui présentaient des manifestations lypémaniaques plus ou moins accusées. L'hypnose était en effet possible, parce que ces sujets étaient des hystériques.

M. Vallon a, systématiquement, pendant deux ans, à l'Asile clinique, essayé d'endormir des aliénés, jamais il ne réussit. Cela est évident, on ne peut en effet capter leur attention.

M. Tissié cite à l'appui de la communication de M. Pitres le cas d'une jeune malade qui cherche la fatigue sans jamais la ressentir. Il s'agit là d'un paradoxe de la fatigue.

M. B. Pailhas (de l'asile d'Albi). — Pour expliquer le besoin d'activité si particulière aux impulsifs et principalement aux impulsifs épileptiques, je me suis demandé si ce fait n'était point en corrélation étiologique avec cet autre fait de la longévité anormale constatée chez les ascendants d'épileptiques. Ne peut-on pas, en effet, considérer la crise épileptique comme partout au moins favorisée par une disproportion, d'une part, entre cette puissance d'activité nerveuse transmise par l'ascendant et d'où dérivait pour lui la longévité, et d'autre part, entre l'insuffisante utilisation de cette même activité nerveuse *imposée* par l'hérédité à l'organisme et bien au-dessus de ses besoins. Et de là, de ce défaut d'adaptation d'un organisme mal préparé à s'assimiler avec avantage cette surabondance d'influx nerveux, la nécessité, au contraire, de s'en dégager, par ces décharges de l'ictus, justement rapprochées des décharges de la bouteille de Leyde et qui semblent n'avoir d'autre but que de rétablir un équilibre normal rompu, par intervalles, au profit d'une activité nerveuse pathologiquement prépondérante.

Banquet au Moulin-Rouge.

Une heure après, tous les congressistes se trouvaient réunis au Moulin-Rouge où avait lieu le banquet du Congrès — dont l'organisation excellente est due à M. le Dr Régis, secrétaire général. — Le menu est une œuvre d'art, il représente les deux tableaux : Pinel, délivrant des folles, et Charcot étudiant l'hystérie à la Salpêtrière, phototypie de Panajou. Mais la surprise est grande, voici la gamme des vins : Château-Désir Lafon, Sauternes (1890), château de Marbuzet (1881), château Pavie (1890), château Mouton-Rothschild (1878), château Haut-Bailly (1878), château Laffitte (1870), cru Raymond Lafon (1876), offerts gracieusement par leurs propriétaires MM. Désir Lafon, Merman, F. Bouffard, Bellot des Minières, de Rothschild et R. Lafon.

Une véritable symphonie gustative en mineur! Au champagne, M. Berniquet se lève et, dans un toast très applaudi, il boit tout d'abord à M. le Président de la République, aux vins de la Gironde qui ne provoquent pas l'alcoolisme. M. Joffroy, président du Congrès, remercie les organisateurs; boit au Préfet qui rend la tâche difficile à ses collègues pour le prochain Congrès ; à la magistrature qui, pour un mariage de raison, a tendu la main à la médecine; à M. Drouineau, délégué de M. le ministre de l'intérieur ; à M. Régis, etc. M. le professeur Roth (de Moscou) et M. Marinesco (de Bucharest) lèvent leur verre à la science française qui éclaire le monde et aux savants français, leurs collègues. M. Marinesco rappelle que M. Alfred Binet vient d'être appelé à Bucharest par le gouvernement roumain pour y fonder un enseignement de psychologie expérimentale.

M. Régis remercie la presse du concours qu'elle accorde au Congrès.

M. le prince Galitzine, directeur des caves de S. M. l'Empereur de Russie, a offert au banquet la dernière bouteille de vin de Tokay existant dans les caves impériales. Du vin de Tokay à des aliénistes, serait-ce une épigramme ?

Séance du dimanche 4 août.

Visite de l'asile des aliénés de Château-Picon. — Banquet.

A neuf heures et demie, les congressistes étaient rendus à l'Asile des aliénées, chemin de la Béchade, où ils ont été reçus par l'excellent directeur, M. le Dr Callès, ancien député de la Haute-Garonne dont le nom est synonyme de dévouement à la République et le médecin en chef de l'asile, M. le Dr Pons. M. Campana, secrétaire général, avait bien fait les choses; le bâtiment pavoisé, les locaux remplis de fleurs, on eût dit d'un mariage[1]. Les congressistes visi-

[1] Cette rédaction est faite en partie avec le compte rendu de M. le Dr Tissié, dans la *Gironde*.

tent aussi les diverses dépendances de l'Asile : la lingerie aux rangées symétriques et artistiques de piles de linge, les divers quartiers d'aliénées, tranquilles, agitées, gâteuses, où se trouvent réunis tous les types de déchéance de ce « moi » qui fait à la fois notre orgueil et notre tristesse. Que de problèmes soulevés dans cette courte visite!

La visite du pensionnat a beaucoup intéressé les congressistes par son aménagement très confortable et presque luxueux. Moyennant 15 francs par jour on peut avoir la nourriture et disposer du pavillon isolé, composé de quatre pièces : une salle à manger, un salon, une chambre, un cabinet. Toutefois, ce pensionnat comme ceux d'un trop grand nombre d'asiles publics ou privés, se compose de chambres ou d'appartements plus ou moins vastes, plus semblables à ceux des hôtels qu'à des chambres ou des appartements destinés à des malades aliénées. Le parc où les malades vont se promener est bien entretenu. Après la visite, qui a duré une heure et demie, l'artiste Artigue a braqué son appareil photographique sur les congressistes qui pourront ainsi emporter un souvenir groupal de leur réception au château Picon.

Le banquet, préparé par les soins du traiteur Lespagnol, a été servi dans la grande salle des réceptions. Par une disposition heureuse, trois grandes tables se prolongeant en *diverti cula* dans les salons des pensionnaires aboutissaient perpendiculairement à la table d'honneur, placée dans le parloir. Nous remarquons à la table d'honneur, MM. Joffroy, président du Congrès; Callès, Berniquet, Delcurrou, Calmon, Gruet, Pons, Pitres, Clouzet, Lande, Garnier, Francotte (de Liège); Roth (de Moscou); Vergely, Tissié, Marinesco (de Bucharest); Giraud, Gilbert Ballet, F. Raymond, Deny, Bourneville; le distingué successeur de Charcot à la Salpêtrière; Bayssellance, Bourru, Picot, Parant, Challan, de Belleval, Babinski, Roubinowitch, Bérillon, Ritti, Saignat, Nicolaï, Bergonié, Denucé, Preller, Obissier-Saint-Martin, etc., etc.; Mmes Pitres, Joffroy, Ritti, Régis, Delaye, Reynaud, Giraud et Belle assistaient au banquet. — Menu exquis.

La carte des vins comprenait les crus suivants : château Lafon, Sauternes, 1890, château Mouton-Rothschild, 1891, château Haut-Brion, 1887, château Haut-Bailly, 1880, château Pichon-Longueville, 1878, château Palmer, 1875.

Au champagne, M. le Dr Callès remercie, en ces termes, les congressistes d'être venus visiter l'asile.

Messieurs,

Avec la population bordelaise, sympathique à tout ce qui se rattache au domaine de la Science, nous nous félicitons de la bonne fortune qui nous advient de vous posséder au milieu de

nous et de pouvoir vous exprimer combien votre présence nous est un encouragement précieux pour accomplir, sans défaillance, les devoirs qui nous sont imposés.

Après votre passage à Picon, cette tâche nous sera d'autant plus facile que le nom de chacun d'entre vous est une incitation à rechercher, non seulement l'aide de vos conseils, mais, surtout, à se conformer aux enseignements que vous nous prodiguez par la parole, le livre, l'imprimé, afin de nous guider dans la voie ardue que nous suivons.

Aujourd'hui, grâce à la presse, nul n'ignore que chacune de vos assises a, comme but, la recherche de solutions physiologiques, médicales, thérapeutiques, entourées de difficultés, et des études minutieuses tendant à apporter la lumière dans les parties obscures caractérisant la plupart des affections mentales.

Le monde savant applaudit à la conscience de vos travaux, à la persévérance que vous ne cessez de déployer et le public, qui sent l'importance du problème que vous avez à résoudre, ne vous ménage point ses encouragements.

On sait aussi que si le succès ne répond pas toujours à l'intensité de vos efforts, il est, cependant, un fait indéniable, c'est que c'est à eux qu'il est dû de voir le traitement des aliénés devenir plus rationnel et perdre la nature barbare qui lui était autrefois particulière.

Si cette malheureuse catégorie de malades a subi, pendant des siècles, l'exorcisme, la torture et, trop souvent hélas ! le bûcher, maintenant, de par l'intervention de la science, il n'en est plus de même. — Les hommes de la génération de 1792 : Pinel, Esquirol, illustres compatriotes dont le Midi peut s'enorgueillir à juste titre, ont détruit ces coutumes tortionnaires et sanglantes.

A l'heure actuelle si l'aliéné doit être, généralement, écarté du milieu social afin de sauvegarder la sécurité de ses semblables; si, parfois, il doit être étroitement surveillé pour que sa démence ne soit pas nuisible à lui-même, il n'est plus, du moins, un paria en butte aux violences, aux brutalités, croupissant dans l'abjection. S'il ne compte pas au nombre des citoyens, n'en possède plus les droits, il est protégé par les pouvoirs publics. La présence dans cette enceinte du délégué de M. le ministre de l'intérieur, M. l'inspecteur général Drouineau, le démontre, et ce que vous venez de voir, en parcourant l'asile, vous donne l'assurance que les malades sont entourés de sollicitude, de soins que rien ne lasse et ne rebute.

En outre, largement, sans hésitation, le pays s'impose des sacrifices pour édifier des asiles nouveaux, modifier ceux des asiles ne répondant plus aux exigences de l'hygiène et améliorer la situation des malades en leur procurant du bien-être, du luxe même, pour, autant que possible, adoucir les tristesses de l'internement.

Messieurs, tels sont, brièvement exposés, les résultats obtenus par le développement des idées d'humanité, l'action des congrès, la propagande des journaux.

Cet ensemble sera bientôt complété, espérons-le, par une législation plus en harmonie avec les besoins du moment, offrant moins de lacunes que la loi édictée en 1838.

Aussi, messieurs, chers confrères, comme expression de reconnaissance pour l'œuvre accomplie, pour ce que l'avenir nous laisse entrevoir comme progrès, pour tout ce que les sentiments de miséricorde, de charité doivent à votre ligue, permettez-moi de lever mon verre en l'honneur des médecins aliénistes et neurologistes, membres de ce congrès, de son éminent président, de M. l'inspecteur général, ainsi que des inspirateurs ou collaborateurs dévoués qui nous secondent, non seulement dans l'administration supérieure, mais dans le département où, continuellement, nous avons recours à leurs avis éclairés. . . . .

Messieurs,

Par cette température torride, alors que le champagne est frais, qu'il est agréable au goût, l'axiome de droit (*non bis in idem*) n'est point à respecter. Aussi je vous invite à remplir vos coupes et à porter avec moi un toast à M. le président de la République dont l'attitude loyale, la droite raison, les qualités de cœur, ont su réunir autour de son nom les sympathies populaires et conquérir l'adhésion de tous ceux qui, sous le drapeau actuel de la France, ont foi dans la grandeur et les destinées glorieuses de la patrie. (*Applaudissements répétés.*)

M. Joffroy adresse des félicitations à l'administration de l'asile, elle en est digne; elle renferme dans son sein des hommes qui cherchent le mieux par la science. Pourtant il y a beaucoup à faire non seulement à Bordeaux, mais partout, même à Paris, et revenant sur le désir qu'il a déjà exprimé, il souhaite qu'un enseignement officiel des maladies mentales, avec stage scolaire des étudiants, soit institué dans les Facultés de médecine. Bordeaux voudra être la première ville de France où cette réforme nécessaire doit être accomplie, car elle le peut. L'instruction doit être donnée non seulement par les professeurs des Facultés, mais aussi par tout médecin des hôpitaux spécialiste. M. Joffroy porte un toast à M. Calmon, président de la commission de surveillance, et à M. Callès, le directeur de l'Asile.

M. Drouineau, délégué de M. le Ministre de l'intérieur, répond à M. Joffroy que son département et celui du ministère de l'instruction publique sont d'accord en principe pour la création de tels cours, mais certains détails restent encore à régler; il espère qu'on

trouvera un *modus vivendi* à établir entre l'administration et l'Université. Les Congrès doivent servir à indiquer la voie à suivre à l'administration. Il porte un toast à M. Pons, le distingué médecin de l'Asile. — M. Pons remercie.

Le banquet terminé, les congressistes se divisent : les uns vont visiter l'établissement des sourdes-muettes, où ils sont reçus par M. le directeur Cavé-Esgaris et la supérieure ; les autres se rendent à l'Athénée, où a lieu l'ouverture officielle du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Dans le prochain numéro, nous signalerons brièvement les critiques faites au cours de la visite. Nous devons dire que ces critiques s'adressent aux plans adoptés et ne concernent en aucune façon les administrateurs et le médecin en chef de l'asile dont tout le monde a pu constater la propreté et la bonne tenue. B.

Séance du lundi 5 *août.* — Présidence de M. Gilbert Ballet.

Mesure de la toxicité des alcools par les injections intra-veineuses.

M. le professeur Joffroy fait une communication sur un nouveau procédé de mensuration de la toxicité des liquides par injection intra-veineuse et l'application de cette méthode à la détermination de la toxicité des alcools. Le premier point porte sur la mesure de la toxicité de liquides quelconques.

La voie veineuse est adoptée, de propos délibéré. Comme appareil d'injection, il emploie le siphon dans lequel le vase supérieur est remplacé par un vase de Mariotte, ce qui assure un débit constant par une différence de pression déterminée entre la pression intra-veineuse et la pression de liquide injecté. Comme la pression intra-veineuse peut varier, M. Joffroy indique une disposition permettant de placer très rapidement à la hauteur voulue le vase de Mariotte afin d'assurer la constance du débit de l'appareil. Ce débit est d'ailleurs mesuré très facilement en comptant le nombre des bulles d'air qui entrent par minute dans le vase de Mariotte. Mais l'injection directe des alcools dilués provoque des coagulations qui se forment avec une rapidité plus ou moins variable suivant les cas et entraînent mécaniquement la mort (obstruction des gros troncs artériels de la crosse aortique). On ne peut donc par ce procédé apprécier le degré de toxicité des alcools.

Si on emploie, comme véhicule, les sels anticoagulants (chlorure de sodium, par exemple), on n'évite pas davantage les coagulations. Mais en faisant l'application du résultat annoncé par Haycraft en 1855, à savoir que le liquide buccal de la sangsue est anticoagulant sans être toxique, M. Joffroy a pu réaliser des conditions expérimentales précieuses. Il fait une macération à l'aide de sangsues dont on utilise le tiers antérieur du corps dans une solution

de chlorure de sodium à 8 p. 1000 (8 sangsues servent pour un litre). Il ajoute à cette solution, après s'être assuré qu'elle n'est point toxique et coagulante, une certaine quantité de l'alcool dont on veut apprécier la *dose mortelle*. La solution qui sert de véhicule n'est point toxique, puisqu'on a pu en injecter jusqu'à 1,200 grammes à un lapin du poids de 2 kilogrammes, avant d'amener la mort, cette injection étant faite avec une vitesse de 10 centimètres cubes par minute et ayant duré deux heures.

Cette question de méthode si importante étant résolue, il était facile de l'appliquer au cas particulier des alcools. Le lapin n'est point un animal très sensible lorsque le manuel expérimental n'est pas défectueux; il l'est cependant suffisamment pour permettre d'arriver à des résultats rapides, précis et rigoureux.

M. Joffroy peut donner ainsi la mesure de la dose mortelle des différents alcools et des corps que l'on rencontre communément dans les alcools commerciaux. Il reconnaît que la loi de toxicité indiquée par Rabuteau et par Dujardin-Beaumetz et Audigé est exacte; il démontre que l'exception que ces auteurs admettaient pour l'alcool méthylique n'existe pas, cet alcool étant moins toxique que l'alcool éthylique. La différence de toxicité entre les divers alcools homologues est beaucoup plus grande que Dujardin-Beaumetz et Audigé ne l'avaient indiqué. Ainsi, tandis que le moins toxique, l'alcool méthylique, a pour équivalent toxique 25, l'équivalent toxique de l'alcool éthylique est 12, et celui de l'alcool amylique 0,63. L'acétone possède aussi un haut degré de toxicité (5,25), l'aldéhyde est encore plus toxique (1,14). Le furfurol est, de toutes les substances expérimentées, le plus toxique; 24 centigrammes pour 1 kilogramme d'animal tuent.

M. Joffroy décrit ensuite la physionomie clinique de l'action de ces corps; les convulsions dues à l'alcool méthylique s'atténuent avec l'alcool éthylique et disparaissent avec les alcools supérieurs pour faire place à un état comateux subit; il insiste sur les phénomènes dyspnéiques engendrés par le furfurol. Il termine enfin par des remarques expérimentales sur la toxicité de l'essence d'absinthe; son action diffère suivant l'alcool dans lequel elle est dissoute (elle ne provoque plus d'attaques d'épilepsie si elle est injectée en solution dans l'alcool éthylique).

Cette technique s'applique à la mesure de la toxicité des alcools du commerce: cognac 1894 (11,41), armagnac vieux (11,10), eau-de-vie de cidre 1894 (10,57), marc de Bourgogne (9,95), eau-de-vie de prunes 1894 (9,41), kirsch vieux (8,40), alcool de betteraves de 2e distillation (9,78). La toxicité paraît augmenter un peu avec le vieillissement. Cette méthode pourra être utilisée dans le but de mesurer la toxicité d'autres liquides; il est à prévoir qu'elle sera féconde en résultats. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 25 *juillet* 1895. — Présidence de M. Paul Moreau.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Elections. — M. Briand donne lecture d'un rapport sur la candidature de M. Trenel médecin-adjoint des asiles de la région de Paris, qui sollicite le titre de membre correspondant.

M. Trenel est élu à l'unanimité. M. B.

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES ALLEMANDS[1].

SESSION DE DRESDE.

Séance du 21 *septembre* 1894. — Présidence du professeur Jolly.

Professeur Binswanger. *La délimitation de la paralysie générale.* — Cette question, des plus difficiles à résoudre, est étroitement en rapport avec cet autre problème : existe-t-il des caractères anatomiques, étiologiques ou cliniques, qui permettent d'affirmer l'existence de la paralysie générale? Parmi les signes anatomiques microscopiques, les plus importants sont : la diminution du poids du cerveau, les altérations des méninges, l'atrophie de l'écorce et les granulations épendymaires. La diminution de poids du cerveau peut manquer dans les cas récents ou être masquée par l'œdème cérébral, mais elle ne manque pas dans les cas anciens. Les lésions des méninges sont parfois bien peu accusées dans les cas récents; en outre, elles peuvent être rencontrées en dehors de la paralysie générale. De même pour l'atrophie de l'écorce qui peut faire défaut dans les cas récents ou être masquée par l'œdème. Les granulations épendymaires manquent rarement, mais elles peuvent être observées chez des sujets non paralytiques. En résumé, aucun de ces signes ne peut, à lui seul, faire affirmer la paralysie générale; l'absence d'une quelconque de ces lésions ne peut pas davantage

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 101.

faire rejeter cette affection; mais la réunion de ces diverses altérations permet d'admettre l'existence de la paralysie générale.

Il en est de même pour les lésions microscopiques. L'atrophie des fibres à myéline se rencontre dans d'autres psychopathies; on peut en dire autant des altérations de la névroglie, des vaisseaux et des cellules. La distinction avec la démence sénile et certaines psychoses toxiques est parfois malaisée.

Au point de vue étiologique, les difficultés ne sont pas moins grandes. On reconnaît de plus en plus le rôle important de la syphilis que l'auteur a relevé dans la moitié des cas. Mais il y a d'autres causes que la syphilis. Parmi les symptômes cliniques, aucun n'est pathognomonique.

Il faut séparer de la paralysie générale typique deux formes qui s'en distinguent au point de vue clinique et anatomique : 1° l'*encéphalite sous-corticale*, dans laquelle les lésions intéressent la substance des hémisphères plus que l'écorce. Au point de vue clinique, symptômes de lésions en foyer (l'auteur a observé un cas d'atrophie de la substance blanche du lobe occipital avec atrophie de la corne ventriculaire correspondante); 2° la *dégénérescence athéromateuse du cerveau* qui frappe en général des sujets d'un âge déjà avancé. On note chez eux un athérome généralisé, de l'albuminurie, et parfois une dégénérescence des reins. Au point de vue clinique. on observe une variabilité des symptômes, un état particulier d obnubilation intellectuelle passagère.

Discussion : M. SIEMERLING insiste sur l'importance des altérations médullaires (tabes, lésions des cordons pyramidaux). Dans l'encéphalite sous-corticale progressive, il y a vraisemblablement des lésions vasculaires. Pour ce qui est de la folie présénile, ne peut-on la considérer comme relevant d'un état d'infériorité intellectuelle?

M. ALZHEIMER rappelle que Nissl et lui ont constaté, chez les paralytiques généraux, la karyokinèse dans les éléments de la névroglie. Dans deux cas aigus, ils ont observé une dégénérescence des cellules ganglionnaires et une hypertrophie des éléments de la névroglie; ces derniers présentaient un état de division du noyau. Les vaisseaux étaient peu altérés à part ici et là de la karyokinèse des noyaux de l'adventice et de la tunique interne. L'auteur admet, avec M. Binswanger, qu'il y a lieu de distinguer de la paralysie générale une dégénération du cerveau d'origine artério-scléreuse.

M. TUCZEK. — La difficulté est de trouver une délimitation de la paralysie générale au point de vue clinique. Parmi les formes qui doivent être séparées de la paralysie progressive par le manque de rapport entre l'intensité des troubles de la parole et de la coordination d'une part et le degré moins accentué, l'absence de marche progressive des symptômes intellectuels d'une part, il faut citer les

psychoses toxiques. La sclérose épendymaire n'a pas grande importance au point de vue de l'existence de la démence paralytique. Plus caractéristique est la disparition des fibres à myéline, qui se rencontre même dans les cas récents de paralysie générale. On l'a signalée également dans les pseudo-paralysies, dans les formes séniles, les intoxications, les arrêts du développement. Mais dans la paralysie générale la disparition des fibres à myéline prédomine dans la région antérieure du cerveau; en outre, on observe des lésions de la moelle.

M. Gauser accorde un rôle étiologique important à la syphilis; celle-ci se rencontre dans plus de la moitié des cas. On ne peut pas dire que les lésions vasculaires de la paralysie générale ne sont pas des lésions syphilitiques. Ce qui est vrai, c'est qu'actuellement l'anatomie pathologique ne sait pas distinguer les affections syphilitiques des vaisseaux (l'artérite gommeuse étant, bien entendu, mise de côté) des altérations vasculaires de l'artério-sclérose ou de l'alcoolisme. Quant à l'immobilité des pupilles, elle ne peut, à elle seule, avoir grande importance. Parmi les formes qui simulent la paralysie générale, il a observé un cas de folie alcoolique et un cas de névrite alcoolique.

M. Mendel. — Dans bien des cas on peut distinguer les symptômes provoqués par une lésion en foyer de ceux qui relèvent de la paralysie générale. Les difficultés deviennent considérables quand il s'agit de lésions en foyer multiples. Le diagnostic est souvent impossible : chez un sujet diagnostiqué paralytique général on a trouvé cinq syphilomes. M. Mendel rappelle qu'il a été le premier en Allemagne à défendre l'origine syphilitique de la paralysie générale, thèse actuellement admise par la plupart des médecins. La paralysie générale n'est pas pour cela une affection syphilitique : l'infection ne fait que préparer le terrain. Les causes psychiques ont un rôle important (soucis, surmenage). La perte des réflexes pupillaires est un symptôme de lésion en foyer. Chez l'animal ces réflexes peuvent être localisés au niveau des ganglions de l'habénule (partie postérieure du troisième ventricule). M. Mendel observe un sujet qui présente depuis quinze ans une immobilité des pupilles, sans qu'il soit atteint de tabes ou de paralysie générale.

M. Alzheimer. *L'atrophie artério-scléreuse du cerveau.* — Cette forme doit être séparée de la paralysie générale. La maladie, due à des lésions athéromateuses des vaisseaux, débute de quarante-cinq à cinquante-cinq ans; elle est plus fréquente chez l'homme. Elle coïncide avec un athérome généralisé. La syphilis n'a pas été rencontrée. Les excès de bière et de cidre paraissent jouer un certain rôle dans son développement. L'hérédité a été observée (artério-sclérose, apoplexie). Douze cas ont été étudiés.

Les prodromes durent parfois plusieurs années : maux de tête, vertiges, fatigue rapide, irascibilité. Puis survient une diminution de la mémoire qui affecte vivement le patient. On observe des accès d'obnubilation, d'anxiété, accompagnés de troubles circulatoires. Dans un cas, le début a été subit, signalé par un ictus apoplectique. A la période d'état on constate une augmentation de la faiblesse de la mémoire ainsi que la diminution du jugement. Les conceptions délirantes font habituellement défaut ; on note habituellement une certaine euphorie, ou des tendances hypocondriaques. L'humeur est mobile. Ce qui distingue ces sujets des paralytiques, c'est le calme, la conduite régulière, le pouvoir de raisonner dont ils font preuve. Dans quelques cas on constate un état de démence apathique, une amnésie notable coïncidant avec une conduite normale pour le reste. On voit survenir parfois des attaques apoplectiques. Au point de vue somatique, il faut noter le tremblement, la parésie des membres inférieurs, l'exagération des réflexes patellaires, les troubles des réflexes pupillaires, de l'embarras de la parole. Dans plus de la moitié des cas il y a de l'hémiparésie.

A l'autopsie : artério-sclérose généralisée : lésions rénales. Le cerveau est peu atrophié. Les gaines lymphatiques des vaisseaux sont agrandies; on constate l'existence de petits anévrysmes, de petites hémorragies, des lésions en foyer (microscopiques), de la névroglie au voisinage des vaisseaux dégénérés. Cette forme se distingue donc par le caractère de la dégénération qui se fait en foyers microscopiques. Il y a lieu de la décrire isolément.

Discussion : M. Binswanger. — On peut observer dans cette forme clinique des idées délirantes et des états hallucinatoires. La mobilité des symptômes au début de la maladie est un signe important. Les accès d'obnubilation, les lacunes morales, la variabilité de l'humeur, l'euphorie peuvent faire confondre cette affection avec la paralysie générale. L'encéphalite progressive sous-corticale peut se développer à la faveur de l'altération vasculaire qui caractérise la forme clinique qui vient d'être décrite.

M. Sioli. — Ces malades sont assez rares dans les asiles, parce que la démence est moins accusée chez eux, que ce sont surtout les troubles de la mémoire qui prédominent. Les lacunes morales font en outre souvent défaut.

M. Moeli considère cette forme comme une variété des psychoses séniles. Les malades se lamentent beaucoup sur leur situation, ont des accès de confusion mentale ; ils se rapprochent plus des déments séniles que des paralytiques. On observe chez eux des altérations médullaires qui expliquent la parésie des membres inférieurs.

M. Jolly rapproche également ces cas de la démence sénile,

dont ils constituent une forme précoce. La démence de la névrite alcoolique présente avec cette forme de grandes analogies. Il est probable que les lésions cérébrales sont les mêmes.

M. ALZHEIMER fait observer que, si l'on peut constater chez les malades qu'il a étudiés des états d'agitation, des accès hallucinatoires, il s'agit de complications dues au diabète, à des néphrites, à des cardiopathies non compensées. Sans doute il faut rapprocher cette forme de la démence sénile et l'éloigner de la paralysie générale. Mais la démence sénile est une affection diffuse, tandis que l'atrophie artério-scléreuse présente des lésions en foyer.

M. VOGT lit un travail sur les *faisceaux de fibres des corps calleux.*

Séance du 22 septembre.

M. MENDEL. *Les aliénés dans le projet du Code civil de l'empire allemand.* — L'interdiction, d'après le projet en question, pourra être prononcée, en cas de maladie mentale, quand le malade, par suite de son affection, est incapable de surveiller ses intérêts. M. Mendel a demandé depuis longtemps que les buveurs d'habitude puissent également être interdits lorsqu'ils deviennent dangereux pour la sécurité publique ou qu'ils sont incapables de veiller à leurs affaires. Le projet de loi tient compte de cette réclamation souvent reproduite par les médecins compétents : « L'ivrognerie, y est-il dit, est une maladie sociale si grave, l'opinion publique s'est prononcée si souvent en faveur de mesures légales contre le fléau, que le législateur ne peut se soustraire au devoir d'entraver les progrès de l'alcoolisme par tous les moyens qui sont en son pouvoir... L'interdiction des buveurs d'habitude facilitera leur internement dans un établissement spécial de traitement. » L'interdiction, dit le projet de loi, pourra être prononcée en cas d'habitudes d'ivrognerie, si le buveur est devenu incapable d'accomplir ses obligations habituelles, s'il fait courir à lui-même ou aux siens le danger de la ruine ou s'il est dangereux pour la sécurité publique...

Le premier projet de loi n'avait pas considéré la folie comme pouvant être invoquée pour motiver la séparation de deux époux. M. Mendel et Krafft-Ebing ont signalé la nécessité de classe la folie parmi les faits pouvant être invoqués en faveur d'une séparation. Le projet de loi actuel admet cette manière de voir, lorsque la maladie mentale aura duré trois années depuis le mariage et empêchera, par son degré, la vie commune ; — lorsque le retour à la raison et à la vie commune ne paraîtra pas possible. Le paragraphe 750 spécifie que les sujets en état d'inconscience ou dont le libre arbitre aura été détruit par une maladie mentale ne seront pas considérés comme responsables.

Le Congrès vote une résolution dans laquelle il exprime sa satisfaction de voir qu'il a été tenu compte dans la rédaction du Code civil projeté des vœux des médecins aliénistes.

M. Hitzig. — *Sur le rapport de M. Tigges à propos de l'affaire Feldmann.* — M. Hitzig soumet au Congrès les propositions suivantes : 1° Feldmann est atteint d'une affection mentale (paranoïa) depuis 1881 ; 2° les affirmations des magistrats qui tendaient à présenter Feldmann comme non dangereux et par suite comme ne devant être ni interdit, ni interné, ces affirmations ne sauraient être admises par les médecins compétents ; 3° il est inexact que Feldmann ait subi de mauvais traitements dans les asiles où il a été interné ; 4° le Congrès regrette la conduite du Dr Finkelnburg qui a cru devoir, à propos de cette affaire, jeter le discrédit sur les asiles de la province rhénane. Après une courte discussion dans laquelle on donne des preuves convaincantes que Feldmann était aliéné, le Congrès adopte les propositions de M. Hitzig.

Georg Ilberg. *Le délire hallucinatoire.* — L'auteur fait une étude du délire hallucinatoire basée sur quarante observations de malades guéris. Il a éliminé les cas d'origine toxique (alcool, morphine, cocaïne, plomb, maladies aiguës fébriles). Des hallucinations ou des illusions de l'ouïe ont été constatées chez *tous* les malades ; des troubles sensoriels visuels dans la moitié des cas ; des troubles de la sensibilité générale dans un quart. Les hallucinations du goût et de l'odorat ont été rarement observées. Les troubles auditifs étaient de nature élémentaire ou consistaient en mots isolés, en phrases courtes, en interpellations, en questions, en ordres, parfois en conversations. Le contenu des hallucinations était flatteur, religieux, effrayant, ou indifférent. Souvent le malade pouvait spécifier qu'il entendait et d'où on lui parlait. La plupart des troubles hallucinatoires ont provoqué des conceptions délirantes telles que idées de persécution, de grandeur, d'empoisonnement, de négation, idées érotiques, hypocondriaques.

Les idées de persécution étaient des plus fréquentes ; celles de grandeur, plus rares, ne se montraient que chez des héréditaires et revêtaient le plus souvent une couleur religieuse. Les conceptions délirantes sont parfois assez complexes, mais leur systématisation est lâche ; leur contenu est sujet à se modifier. L'humeur est habituellement liée à la nature des hallucinations et présente les nuances les plus variées, avec prédominance de la forme dépressive. La conscience est en général quelque peu troublée, mais le malade peut s'orienter. La confusion n'est jamais primitive ; ce n'est que consécutivement à la multiplicité des hallucinations et à de graves modifications de l'humeur que l'on peut parfois constater un état accusé de confusion, d'ailleurs passager. Le refus d'aliments, les tentatives d'évasion, les tentatives de suicide,

les actes de violence sont fréquents. On observe aussi des symptômes somatiques. On constate chez certains malades de l'excitation motrice, de la fuite des idées, des modifications de l'humeur, des symptômes de paralysie psychique ou motrice. La catalepsie, l'extase, l'immobilité sont des manifestations épisodiques.

Le début de la maladie est précédé d'un stade prodromique dont la durée varie d'un jour à plusieurs semaines et que caractérisent des anomalies psychiques ou somatiques peu accusées. La guérison se produit après plusieurs semaines ou plusieurs mois. Pas de perte du souvenir. On observe fréquemment des rémissions et des rechutes. Le poids du corps diminue dans les premiers temps de la maladie. La durée moyenne est de quatre mois et demi; les durées extrêmes observées ont été de un mois et de quinze mois. Les deux tiers des malades appartenaient au sexe masculin. L'âge moyen était de trente-trois ans (âges extrêmes : vingt et dix-huit ans). Un tiers des patients étaient des héréditaires; la maladie s'est rencontrée chez des sujets jusque-là normaux. Parmi les facteurs étiologiques, on note : un état physique défectueux (anémie, embarras gastrique, maladies de l'oreille), des causes dépressives (maladie ou mort de parents, soucis, chagrins, amour malheureux), le surmenage, l'isolement (dans les prisons). Le délire hallucinatoire a un rôle important dans la folie périodique et circulaire. Il ne se termine jamais par un délire systématisé, mais parfois par un état de faiblesse psychique secondaire. P. Sérieux.

VARIA.

Traitement et éducation des enfants idiots. — Rapport de Ferrus sur l'établissement privé d'Edouard Séguin.

Dans la préface que nous avons placée en tête du troisième volume de notre *Bibliothèque d'éducation spéciale*, intitulé : *Rapport et mémoires sur l'éducation des enfants normaux et anormaux*, par E. Séguin, nous avons reproduit une série de documents qui marquaient les diverses phases de l'existence si bien remplie de Séguin. Nous avons alors exprimé le regret de n'avoir pu remettre la main sur un rapport fait par Ferrus, inspecteur général des établissements de bienfaisance, rapport

relatif à l'école privée qu'avait fondée Séguin pour les enfants idiots. Nous l'avons retrouvé et pour être sûr qu'il ne s'égare pas de nouveau nous l'insérons dans les *Archives de Neurologie*, en attendant que nous puissions l'intercaler dans la préface dont nous venons de parler. B.

Paris, le 24 juin 1840.

Monsieur le Ministre,

Par votre lettre du....., vous m'avez ordonné de visiter l'établissement fondé par M. Séguin, rue Pigale, n° 6, pour l'éducation des jeunes idiots et de vous faire connaître les résultats qu'il avait obtenus de son entreprise philanthropique.

Je me suis rendu à plusieurs reprises chez M. Séguin et avant d'écrire ce rapport, j'ai voulu pouvoir juger les faits que M. Séguin a déjà portés ou compte porter bientôt à la connaissance du public.

Premier fait. — En seize mois, M. Séguin a appris à lire, écrire, compter, parler, s'habiller, etc., à un idiot de huit ans; ce fait est de beaucoup antérieur à la mission que vous m'avez confiée, je n'ai pu le vérifier par moi-même, mais l'authenticité en est certifiée par MM. Guersent et Esquirol. Seulement il manque à cette vérification et à l'affirmation favorable de ces messieurs une pièce importante, c'est un procès-verbal ou du moins un compte rendu fort exact de l'état du jeune enfant au moment où M. Séguin s'est chargé de l'instruire et une détermination précise du degré et de l'espèce d'idiotisme dont il était atteint.

Second fait. — J'ai été témoin oculaire des progrès du jeune idiot M... A ma première visite, dans laquelle j'étais accompagné par M. Durieu, nous vîmes un jeune homme de vingt ans et demi qui présentait tout l'aspect extérieur d'un enfant de douze ans.

Son corps grêle et sans soutien, supportait à grand'peine une tête fort volumineuse; celle-ci a 21 pouces de circonférence; je jugeai tout d'abord, non seulement à son développement, mais encore à sa forme, qu'elle appartenait à un *hydrocéphale*. Une observation plus attentive a confirmé cette première pensée. Le poids de cette tête accablait le corps de l'enfant, aussi sa démarche était on ne peut pas plus chancelante et quoiqu'il eût déjà, sous ce rapport, fait quelques progrès, il ne pouvait marcher sans appui qu'avec une grande difficulté. Son corps penché à gauche manquait d'équilibre.

Il ne mâchait pas ses aliments; n'exécutait de lui-même avec les bras qu'un mouvement spasmodique de dedans en dehors.

Les moindres mouvements étaient marqués au coin de la plus grande maladresse ou même d'une impuissance absolue.

Le maître et un gardien étaient alors occupés tous deux à obtenir de leur élève qu'il lançât une boule au milieu d'un jeu de quilles placé à quelques pas de lui ; l'idiot ne comprenait pas le but de cette action, n'y prenait aucun plaisir, de plus il était évident qu'une volonté quelconque manquerait à l'exécution de cet acte comme à l'exécution de tous ceux qu'on lui demandait. La débilité, l'imbécillité des mouvements étaient extrêmes. Il manquait là un mobile intérieur et en outre les agents d'exécution manquaient de développement et d'activité.

La physionomie portait l'empreinte de la stupidité, les yeux et l'ouïe seuls semblaient recevoir quelques impressions, ils étaient inquiets plutôt qu'actifs et se dérobaient à toute action rationnelle et continue. La lèvre inférieure était pendante, une salive visqueuse découlait sans cesse de cette bouche hébétée.

Les notions de l'enfant se bornaient à des appétits ou à des habitudes. Les sentiments affectueux, qui se bornaient à une certaine connaissance des personnes qui lui donnaient des soins, ne s'exprimaient que par une forte contraction des muscles de la face et le tremblement nerveux des bras. Sa voix était rauque, involontaire et bornée à trois ou quatre sons d'une articulation inappréciable.

La maigreur et l'extrême faiblesse de l'enfant avaient été presque uniquement l'objet de l'attention de M. Séguin, qui commençait seulement depuis quelques jours à préparer son élève à l'étude de l'alphabet. Depuis cette époque, 24 février, j'ai laissé s'écouler deux mois pour apprécier l'influence du mode d'éducation appliqué, dont vous m'avez chargé de vous rendre compte.

Le 25 avril, j'ai revu le jeune M..., marchant beaucoup mieux, commençant à courir, monter et descendre, se tenir droit et se mouvoir avec une aisance dont je ne l'aurais pas cru capable. Son torse redressé, ses hanches presque également dessinées, l'inégalité de ses épaules à peine sensible, ses bras et ses mains assouplis forts et adroits au point qu'il traîne de lourdes brouettes, arrose, rabote, joue aux quilles et se livre à divers exercices gymnastiques, qui ne manquaient pas de difficulté. Il a grandi de plus d'un pouce, il est propre la nuit, indique ses besoins le jour, ne bave presque plus, mâche ses aliments, monte sur son lit et en descend seul ; sa figure a pris de l'expression, le regard de la fixité, l'ouïe et la voix du développement, tandis que l'articulation s'enrichissait de quelques sons qui ne sont pas encore la parole, mais qui peuvent la faire espérer.

L'enfant est sorti du cadre étroit des choses relatives à ses goûts pour entrer dans celui des choses relatives à l'ordre intellectuel. Il a discerné des objets qui n'avaient aucun rapport avec ses appétits ; puis le rapport de ces objets avec leur représentation, et enfin avec leur nom. Il a discerné des lettres et il a connu son alphabet dans sa double expression graphique et verbale ; aujourd'hui il lit

mentalement les syllabes[1] qui lui sont présentées, car, dans une collection de mots substantifs, tracés sur des cartons, il choisit le mot relatif à l'objet qu'il désire ou qu'on lui présente.

Ses sentiments affectueux se sont développés et les caresses spontanées qu'il fait à son professeur, mises en regard de son obéissance, sont la meilleure preuve du bienveillant ascendant que ce dernier exerce sur ses élèves.

Troisième fait. — L'élève A..., âgée de douze ans, suit seulement quatre heures par jour, depuis le 1er février dernier, les cours de M. Séguin, elle n'avait jamais pu apprendre une lettre; en moins de trois mois elle a su l'alphabet et lit des syllabes; elle parlait, ou du moins voulait parler, car les organes de la parole s'étaient toujours refusés, chez elle, à l'émission des articulations, même les plus simples; maintenant elle articule de suite plusieurs syllables simples, et, isolément, les plus difficiles. L'ouïe est encore peu active et impressionnable au commandement, mais le regard a singulièrement gagné en fixité et en précision. Les lèvres, qui pendaient, ont perdu de leur ampleur maladive et s'habituent à une attitude plus normale. La physionomie échappe à la contraction nerveuse qui en dominait toutes les expressions ; le corps tout entier a pris des habitudes plus régulières de locomotion ou de station, il a grandi sous l'influence de l'âge, secondée par des exercices raisonnés, de près de trois pouces.

Méthode et marche suivies par M. Séguin. — Ce rapport acquerrait trop d'étendue si j'entrais dans tous les développements dont la méthode de M. Séguin est susceptible, si je décrivais tous les procédés dont il est obligé de faire usage, et d'ailleurs M. Séguin les a presque tous indiqués dans quelques brochures que je joindrai à ce travail.

Il a parfaitement senti à quel point il importait d'abord d'améliorer l'état physique des idiots, avant de chercher à développer les parcelles rudimentaires de leur intelligence. Ce n'est qu'après leur avoir appliqué le genre d'éducation auquel tous les animaux sont plus ou moins accessibles, qu'il recherche en eux les débris de l'humanité ; tous ses procédés sont rationnels, tous ses moyens sont ingénieux. Il apporte à l'exécution de cette œuvre difficile une volonté de fer, une patience admirable et pleine d'humanité.

Je pense, monsieur le ministre, que de semblables efforts doivent être encouragés et que l'éducation des idiots, œuvre aussi ingrate que difficile, mérite votre bienveillant appui. L'entreprise tentée par M. Séguin est digne de votre sollicitude, je pense qu'un des meilleurs moyens d'encourager son zèle, serait de l'utiliser et

[1] Collection de mots substantifs tracés sur des cartons, il choisit le mot relatif à l'objet qu'il désire ou qu'on lui présente.

qu'on pourrait lui donner une application large et facile, en permettant à M. Séguin d'organiser un enseignement dans quelqu'un des asiles publics destinés aux idiots dans le département de la Seine.

J'indiquerai particulièrement les sections d'enfants idiots ou tout au moins imbéciles, placés dans les hospices d'incurables de la rue de Sèvres ou du faubourg Saint-Martin.

Daignez agréer, je vous prie, monsieur le ministre, l'hommage de ma respectueuse considération. *Signé :* FERRUS.

Ce rapport, qui est inédit, provient des papiers, manuscrits de Ferrus et nous a été donné par M. Delasiauve.

NÉCESSITÉ DE L'ASSISTANCE DES ENFANTS IDIOTS.

Parmi les affaires soumises à la session d'août des assises du Calvados, nous trouvons la suivante, dont nous empruntons le résumé au *Bonhomme Normand* du 22 août.

Attentats à la pudeur sur des filles. — Louis Delahayes, soixante-trois ans, charron à Coulonces, passait dans le pays pour avoir l'habitude de se livrer à des actes d'immoralité sur des filles idiotes ou sourdes-muettes. Nombre de faits criminels dont il aurait à répondre sont couverts par la prescription. Toutefois, depuis le mois de juillet 1890, la prévention lui reproche trois attentats commis sur les jeunes Valentine et Émilia Gaillard et sur Augustine Huet, âgées de cinq à six ans. Delahaye a été condamné à cinq ans.

L'argent qu'il va falloir consacrer à l'entretien du misérable condamné aurait été mieux employé à l'hospitalisation, au traitement et à l'éducation de ses victimes. Ce fait s'ajoute aux faits analogues, que nous avons cités et démontre la nécessité de la réforme que nous défendons depuis si longtemps. Un autre fait tiré du même journal, et concernant une autre catégorie d'enfants anormaux, mérite également d'être rapporté.

Horrible séquestration. — Samedi, la gendarmerie de Troarn a arrêté le nommé Bosquet journalier à Sannerville, pour séquestration du nommé Eugène Bazain, vingt ans, sourd-muet et enfant naturel. Sa mère l'avait confié aux époux Bosquet pour 25 francs par mois. Mais depuis quatre ans elle ne donnait plus rien. Alors ils l'avaient enfermé dans une boîte placée dans une cave humide. Il n'y avait même pas la liberté de ses mouvements. La gendarmerie a trouvé Bazain assis sur un tas d'excréments et vêtu seulement d'une misérable chemise tombant en loques. Il a été amené à l'Hôtel-Dieu de Caen. Bazain était à peine nourri et dans un état d'émaciation épouvantable. Les voisins connaissaient ces faits

depuis longtemps, mais n'osaient pas parler. C'est une lettre anonyme qui les a signalés à la justice.

Les séquestrations de ce genre, malheureusement trop communes, s'appliquent en général aux enfants anormaux, surtout aux idiots, aux épileptiques, quelquefois aux aliénés. Tant qu'on enregistrera des faits analogues à ceux que nous venons de citer, on pourra dire qu'il n'existe pas dans notre pays une assistance publique vraiment républicaine. Les municipalités sont les premières coupables. Elles connaissent parfaitement l'existence, dans leur commune, de ces déshérités de l'intelligence. Elles ferment les yeux parce que si elles remplissaient les devoirs que l'humanité leur commande, il en résulterait une charge pour la commune. Les conseils généraux, les préfets ont aussi leur part de responsabilité. Eux aussi font passer avant toute autre considération l'intérêt des finances départementales. Tout cela ne pourra se modifier que quand, du ministère de l'intérieur, on saura donner partout une véritable impulsion aux réformes de l'assistance publique. B.

Incendie a l'asile du comté d'Oxford.

« Nous avons le regret d'annoncer qu'un incendie désastreux a eu lieu à l'asile de Littlemore, le 15 avril dernier, causant la destruction d'un pâté de maisons contenant le quartier des femmes en observation. On suppose que le feu a pris dans un tuyau de cheminée mal construite. Heureusement le feu fut signalé au moment même où une compagnie de pompiers se rendait dans le voisinage et par une curieuse coïncidence, juste à l'instant où le directeur donnait l'alarme à la brigade de l'asile afin de l'exercer. Sous la direction de leurs surveillants, les malades furent rapidement installées dans les autres parties de l'asile, et nous sommes heureux d'annoncer qu'aucun d'eux n'eut à souffrir. Malheureusement il n'en a pas été de même parmi les pompiers; un grand nombre ont été blessés en combattant activement le feu qui menaçait de prendre de grandes proportions à cause d'un vent violent. Nous n'avons que des félicitations à adresser à M. Sankey pour la sagesse de ses dispositions prises pour la sécurité des malades et du personnel et le sauvetage de la plus grande partie de l'ameublement, de sorte que la direction est capable d'assurer les amis des malades que les occupants du quartier brûlé sont bien soignés dans les bâtiments principaux. » (*The Journal of mental Science*, juillet.)

Depuis bien des années nous avons insisté sur la nécessité de

pourvoir d'eau en abondance tous les établissements hospitaliers, tant au point de vue de l'alimentation (eau de source) qu'au point de vue des incendies. Dans la plupart des hôpitaux ou des asiles cet approvisionnement est insuffisant, même à Paris. En dépit de cet appel réitéré, la situation ne s'est que très peu modifiée, il est si commode de demeurer indifférent jusqu'à ce qu'un désastre vienne secouer l'inertie et faire craindre des responsabilités... morales.

FAITS DIVERS.

Asile de Brême. — On écrit à l'*Etoile belge* les détails suivants sur la plainte publique portée par un médecin contre le traitement des aliénés dans un asile de Brême :

« Selon le Dr Scholz, les châtiments corporels sont la règle dans cet établissement et ils sont appliqués avec brutalité. Une pauvre femme atteinte de mélancolie, était prise d'attaques au cours desquelles elle ne savait plus ce qu'elle faisait. C'est ainsi qu'un jour elle arracha le bonnet d'une infirmière. Celle-ci, furieuse, revint avec deux compagnes et elles rouèrent de coups la malheureuse folle. Le Dr Scholz produit le certificat du médecin qui craint que la victime ne se ressente toute sa vie de ce traitement barbare. Le Dr Scholz raconte qu'il essaya de faire honte aux infirmiers et infirmières de leur conduite à l'égard de pauvres êtres sans défense; ce fut en vain, et le pasteur de Bodelschwingh prit parti pour son personnel contre les médecins qui la plupart quittèrent alors l'établissement.

« Depuis, le Dr Scholz a réuni un dossier complet des brutalités commises à l'asile de Brême; il signale des faits absolument révoltants d'individus foulés aux pieds, de femmes tirées par les cheveux, de coups de pieds dans le ventre donnés aux malades. Le personnel de la maison a l'habitude, paraît-il, de prendre les fous à la gorge dès qu'ils font du bruit ou refusent d'obéir, ils appellent ce système « tourner le robinet ». Ils affectionnent également les coups de poing dans l'épigastre; ils appellent cette brutalité « donner un apéritif ». Il paraît que même le pasteur de Bodelschwing donnait l'exemple en distribuant des gifles aux malades, disant « que les gifles étaient le pain quotidien des fous ».

« Nous allons donc avoir le pendant du procès de Mariaberg. Une dépêche de Brême annonce que tous les médecins de l'asile d'alié-

nés ont donné leur démission et que le Parlement brêmois a voté hier à l'unanimité un ordre du jour invitant le Sénat à faire une enquête sur la situation de l'asile de Brême. »

Les faits criminels relevés à Mariaberg et à Brême montrent les inconvénients de la direction des asiles par des gens incompétents, qu'il s'agisse de *pasteurs*, de *prêtres* ou d'administrateurs qui, à la fin d'une carrière où ils n'ont pas réussi, sont envoyés comme directeurs dans les asiles. Les établissements consacrés à des *malades* doivent être dirigés par des *médecins*. Les asiles, pour être bien dirigés ne doivent pas avoir plus de cinq à six cents malades. Toute autre organisation est plus coûteuse et pleine d'inconvénients de tous genres.

MAISONS D'ALIÉNÉS EN ALLEMAGNE. — *Surveillance.* — La Chambre des députés de Prusse a discuté récemment l'interpellation concernant la surveillance exercée par l'Etat dans les maisons d'aliénés. M. Bosse, ministre des cultes, de l'instruction publique et des affaires médicales, a reconnu que des fautes ont été commises dans la gestion de l'asile de Mariaberg. On s'est trompé, non pas en ce qui concerne les aliénés, mais peut-être en ce qui touche les autorités. Le ministre a déclaré qu'il faut avant tout que les personnes qui soignent les malades et les malades eux-mêmes soient soumis à une surveillance rigoureuse. Il ne croit pas qu'il faille entièrement interdire aux ecclésiastiques de soigner les malades; mais il pense que les ecclésiastiques doivent être subordonnés aux médecins. Il faut maintenant constituer une commission composée de représentants du gouvernement, qui sera chargée de visiter les établissements d'aliénés. M. Bosse a terminé en déclarant qu'il regrette profondément, au point de vue patriotique et au point de vue humanitaire, ce qui s'est passé au cloître de Mariaberg et que le gouvernement fera tout ce qu'il pourra pour empêcher le renouvellement de pareils faits.

L'ASSOCIATION CONTRE L'ABUS DES BOISSONS ALCOOLIQUES (*Société française de Tempérance*), fondée en 1872 et reconnue d'utilité publique en 1880 vient de tenir son assemblée générale et de nommer son bureau pour 1895, qui est composé de la façon suivante : président : M. le Dr Semelaigne; vice-présidents : Dr Blanche, M. Glandaz, Dr Motet, M. Van den Dorpel; secrétaire général : Dr E. Philbert; secrétaires généraux adjoints : Drs Bouchereau et Charpentier; secrétaires des séances : Drs Audigé et Moreau (de Tours); bibliothécaire-archiviste : Dr Cruet; trésorier : M. Jules Robyns. Parmi les présidents d'honneur, nous remarquons les noms de MM. Jules Bergeron, Frédéric Passy, Dr Dujardin-Beaumetz, Muteau, Albert Desjardins, Dr Théophile Roussel, Barthélemy Saint-Hilaire, professeur Bouchard, professeur Guyon, professeur Potain, de Nervaux, Béranger, Dietz-Monin, Dr Hérard,

Siegfried, Yves Guyot, Cheysson, Dr Magnan, Decroix, Bertaumieux, Herscher, Jean Monnier, etc., etc.

Assistance des enfants idiots. — Un fonctionnaire de l'Assistance publique nous a adressé, le 26 juin dernier, un enfant idiot en invoquant l'impossibilité, en raison de son agitation, de le placer dans un hôpital d'enfants, et il ajoute : « Le père, maître d'hôtel chez un restaurateur, gagne peu, ne dispose que de quelques heures chaque nuit, et à côté de son petit enfant le sommeil est devenu tout à fait impossible. » — D'où le devoir de la société de prendre ces enfants pour permettre au père de vivre et aussi pour améliorer, traiter, éduquer ces déshérités.

Alcoolisme a la Chambre des députés.—M. Ed. Vaillant a obtenu l'introduction dans la loi d'un texte spécial défendant la fabrication de toutes les essences de liqueurs déclarées dangereuses par l'Académie de Médecine.

Bourneville. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* — (Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1894, t. XV, avec la collaboration de M. Noir. — Volume in-8° de LXIII-141 pages, avec 8 figures et 4 planches. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés : 3 fr. 50. — Aux bureaux du *Progrès Médical.*

Charcot (J.-B.). — *Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive.* — (Type Duchenne-Aran.) — Un volume in-8° de 176 pages avec figures dans le texte et quatre planches en chromolithographie. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés : 3 fr. 50. — Au *Progrès Médical.*

Flatau (Ed.). — *Atlas du cerveau humain et du trajet des fibres nerveuses*, avec une préface de M. le professeur Mendel. — Volume in-4° de 27 pages, avec 8 planches et leur explication. — Paris, 1894. — Librairie Carré.

Irving C. Rosse. — *Some Medico-legal features of the Schneider' case.* — Brochure in-8° de 16 pages. — Chicago, 1895. — *American Medical Association Press.*

Larroussinie (P.). — *De la dissimulation chez les aliénés.* — Volume in-8° de 132 pages. — Paris, 1895. — Librairie Ollier-Henry.

Pantaloni. — *Kyste hydatique du foie. Variété postéro-inférieure. Laparatomie et résection partielle de la poche. Guérison.* — IIe partie, par Boubila et Pantaloni : *pilepsie et folie épileptique due à un traumatisme cranien remontant à vingt-cinq ans et guéries par trépanation.* — Brochure in-8° de 17 pages, avec une figure. — Paris, 1895. — Institut international de Biographie médicale.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 1895.

Vol. XXX. Octobre 1895. N° 104

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

ÉTUDE SUR LA MÉNINGO-MYÉLITE DIFFUSE DANS LE TABES, LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET LA SYPHILIS SPINALE ;

Par le Dr J. NAGEOTTE,
Chef des travaux d'anatomie pathologique de la Clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière [1].

Les faits sur lesquels le présent travail se fonde n'ont pas trait à la lésion que nous considérons comme la caractéristique du tabes; ils ont d'ailleurs été recueillis, dans le service de M. le professeur Raymond, à une époque où notre attention n'avait pas encore été attirée de ce côté; ils sont par conséquent incomplets et ne comprennent pas l'étude des nerfs radiculaires. Néanmoins nous avons cru devoir les publier à cause de certains détails qui nous permettent de préciser plus exactement, peut-être, les rapports qui unissent le tabes à la paralysie générale et même aux affections syphilitiques localisées des centres nerveux. Nous n'avons pas la prétention de décrire des lésions nouvelles, car les détails sur lesquels nous voulons insister sont assez bien connus ; mais il nous a semblé qu'il y aurait quelque utilité à tenter de les grouper un peu différemment qu'on a l'habitude de le faire.

L'idée générale que nous voudrions voir se dégager de nos descriptions histologiques est que, dans un certain groupe de maladies nerveuses chroniques, dont la clinique nous montre

[1] Travail du laboratoire de M. le Pr Raymond.

les rapports particulièrement étroits avec la syphilis, il existe des lésions diffuses, portant sur les vaisseaux et le tissu conjonctif et étendues à une très grande partie de l'axe nerveux; ces lésions diffuses, considérées indépendamment de leur élément causal, ont une physionomie très spéciale; enfin la simple exagération de ce processus en des points spéciaux, variables suivant les circonstances, suffit pour créer telle ou telle espèce nosologique. En d'autres termes il nous semble que les lésions vasculo-conjonctives caractéristiques de chacune des maladies que nous avons en vue — névrite transverse pour le tabes, méningo-encéphalite pour la paralysie générale, méningo-myélite plus ou moins circonscrite pour les différentes espèces de syphilis spinale — se mettent en relief sur un fond commun d'inflammation diffuse qui est de même nature dans chacune d'elles et qui leur sert, en quelque sorte, de trait d'union.

En somme, nous ne faisons que marcher dans la voie qui a été ouverte ici même par notre maître, M. le professeur Raymond[1] : qu'il nous permette de lui exprimer toute notre reconnaissance pour les précieux matériaux, la haute direction et les bienveillants encouragements qu'il nous a prodigués. Les observations qui suivent, et celles que nous rappelons, montrent que notre travail n'est pas basé sur des faits exceptionnels, mais sur des cas absolument classiques; d'ailleurs tous les cas de tabes et de paralysie générale, isolés ou unis, qui ont passé sous nos yeux ont régulièrement présenté des lésions diffuses faites exactement sur le même type. Nous nous occuperons plus particulièrement de ce qui a trait à la moelle épinière.

Observation I. — *Paralysie générale, symptômes tabétiformes, méningo-myélite diffuse.* — Wek... quarante-un ans, marchand ambulant. Consultation de l'hôpital Lariboisière, 7 décembre 1892. C'est un israélite roumain, employé de chemin de fer dans son pays qu'il a quitté croyant trouver une situation meilleure à Paris, mais il y gagne à peine sa vie et se trouve dans la misère.

Antécédents héréditaires et personnels. — On ne découvre aucune tare nerveuse dans ses antécédents. Lui-même n'aurait fait aucune maladie grave; à dix-huit ans, après un coït suspect, il a eu mal à la verge passagèrement. On ne peut lui faire préciser davantage la

[1] F. Raymond. — *Contribution à l'étude de la syphilis du système nerveux.* (*Arch. de Neurologie,* 1894.)

nature de cet accident, son peu de connaissance de la langue française et son état mental rendant l'interrogatoire difficile. Il n'aurait pas eu d'accidents secondaires ; il a deux enfants bien portants et sa femme est actuellement enceinte.

Histoire de la maladie. — Depuis longtemps Wek.. se plaint de maux de tête; aussi bien au physique qu'au moral il n'est plus le même depuis des mois; il 'y a trois mois en se levant le matin il tombe, pris d'un étourdissement, et se met à vomir, c'est tout ce qu'il sait de cet accident, mais depuis la céphalalgie est continuelle, il y a de la somnolence, de l'affaiblissement général, de l'incontinence d'urine parfois; le caractère devient violent, la mémoire faiblit, la parole s'embarrasse, les mains tremblent et cet état affecte beaucoup le malade, qui se sent incapable de travailler.

État actuel. — Wek... a un air niais et pleurnicheur, sa mémoire des faits récents est fort altérée, tandis qu'il a bien conservé les notions acquises antérieurement, ses facultés intellectuelles sont considérablement affaissées.

Les muscles de la face, des lèvres et de la langue sont animés d'un tremblement fibrillaire intense; la parole est hésitante, entrecoupée d'achoppements entre les syllabes difficiles ; les mains sont maladroites et tremblent également.

Pas de troubles de la sensibilité ni des sens, sauf de l'odorat qui paraît affaibli. Les pupilles punctiformes, égales, ne réagissent ni à la lumière ni à l'accommodation. Les réflexes patellaires sont abolis; le signe de Romberg est absent; il n'existe pas d'ataxie des membres supérieurs.

En résumé les troubles somatiques et intellectuels permettent de diagnostiquer la paralysie générale; les symptômes médullaires par contre laissent soupçonner le tabes, sans qu'on puisse rien affirmer; enfin la syphilis est considérée comme possible.

Évolution ultérieure de la maladie. — L'état du malade reste à peu près stationnaire pendant les mois de janvier, février et mars 1893. Le 16 avril, après avoir passé la journée dans sa cour, la tête sur son bras, sans rien dire, il tombe sans connaissance; on le relève hémiplégique; le côté droit du corps est paralysé, la paupière tombante, la bouche déviée à gauche. Apporté le lendemain dans la salle J. Boulay, Wek... est dans un état comateux, les sphincters sont paralysés; la température est de 38°, elle monte à 38°,9, puis à 40° le jour suivant et la mort survient dans la nuit du 18 au 19 avril.

Autopsie. — Le cadavre est très musclé, très vigoureux d'aspect; l'embonpoint est conservé. La moelle ne présente pas de lésion apparente, sauf un certain degré d'épaississement des méninges molles. L'arachnoïde présente de nombreuses plaques calcaires dans la région lombaire en arrière. Le plancher du quatrième ventricule est couvert de granulations fines. Le cerveau est peu atrophié.

Les méninges molles, œdémateuses et blanchâtres à la convexité et en avant, se décortiquent assez facilement, mais entraînent des fragments de substance cérébrale, surtout sur le lobe temporo-sphénoïdal qui présente une consistance assez molle. En outre les ulcérations prédominent sur la circonvolution de Broca et la partie inférieure des circonvolutions motrices. La pointe des lobes frontaux est relativement intacte. Sur la coupe les deux hémisphères offrent un piqueté congestif très marqué, mais en aucun point on ne trouve de lésion qui puisse expliquer l'ictus terminal. Les ventricules latéraux sont peu dilatés; leur épendyme est granuleux, surtout au voisinage des trous de Monro. Les artères cérébrales sont saines.

De nombreux points de l'écorce sont examinés à l'état frais; il n'existe de corps granuleux nulle part. Les capillaires sont fortement surchargés de noyaux arrondis en beaucoup de points; on trouve aussi très fréquemment des gaines vasculaires remplies de granulations de pigment sanguin, trace évidente de congestions souvent répétées.

Les *poumons* sont légèrement adhérents sur une partie de leur étendue; ils sont le siège, surtout à droite, d'un œdème congestif très abondant. Il n'existe aucune trace de tuberculose. Le *cœur* est volumineux, flasque, surchargé de graisse; il pèse 488 grammes. L'endocarde est sain; le myocarde est parsemé de plaques de sclérose. L'aorte présente, dans toute son étendue de larges plaques molles, un peu translucides, épaisses, arrondies, isolées ou agglomérées. Le *foie* est volumineux, congestionné; il porte sur sa face convexe un angiome du volume d'une noix, affleurant la surface. Les *reins* sont très congestionnés, petits mais lisses et se décortiquent bien; ils pèsent ensemble 240 grammes. La *rate* est grosse, ferme, à glomérules volumineux; elle pèse 270 grammes.

Examen histologique. — Il n'existe pas de dégénérescence systématisée ou diffuse de la moelle. Néanmoins les coupes colorées par la méthode de Pal paraissent moins foncées que des coupes de moelle saine; certains tubes sont moins réguliers dans leurs contours, un peu boursouflés; il est évident que les gaines de myéline de tous les tubes ne sont pas absolument saines.

Les cellules nerveuses et les cylindres-axes n'ont pas souffert; les tubes des racines antérieures et postérieures sont intacts. La névroglie n'a pas proliféré. Tout l'intérêt que présente cette moelle se rapporte à l'état des vaisseaux et surtout des méninges.

La *pie-mère*, du haut en bas de la moelle et sur toute sa circonférence, est épaissie par l'adjonction, à sa surface externe, de faisceaux conjonctifs longitudinaux pour la plupart; au-dessous d'eux on reconnaît très bien les deux couches normales de la méninge. Ces faisceaux sont disposés par groupes irréguliers, abondants

surtout sur les parties latérales, au niveau de l'insertion du ligament dentelé; ils sont de volume très inégal, très petits pour la plupart et mélangés de fibres élastiques; leur groupement est assez lâche et ils sont séparés, pour la plupart, par une substance que l'on croirait amorphe au premier abord. En employant de plus forts grossissements, on voit que cette substance qui forme des lignes ou de petits lacs entre les fibres, est formée par de petits globes arrondis, colorés à peine ou pas du tout par l'hématoxyline. Parmi eux il en est qui se colorent un peu mieux et d'autres qui se colorent encore fort bien; on voit alors qu'il s'agit de cellules embryonnaires qui ont subi sur place une nécrose spéciale qui les empêche de se colorer, sans avoir amené leur désagrégation. Quelques-uns de ces globes sont un peu allongés, d'autres presque fusiformes; il semble que les cellules embryonnaires qui leur ont donné naissance étaient sur le point de s'organiser en tissu fibreux. Dans ces points les faisceaux conjonctifs prennent un aspect réfringent spécial.

Au-dessous de cette couche adventice la pie-mère proprement dite est pauvre en cellules colorées et les cellules qu'on aperçoit sont toutes absolument rondes; on distingue également dans ses interstices des cellules dégénérées.

Pourtant à la face profonde de la pie-mère, dans la région dorsale de préférence, on voit des amas de cellules à noyaux aplatis, bien colorés, tous orientés parallèlement les uns aux autres. Ces amas sont ordinairement triangulaires et embrassent l'origine d'un vaisseau au niveau de son entrée dans la moelle. Il se forme ainsi en plusieurs points des amas triangulaires de cellules fusiformes tellement serrées les unes contre les autres qu'à un faible grossissement, sur les coupes colorées à l'hématoxyline, elles forment une tache violette. Les cellules sont orientées parallèlement au vaisseau et, sur la face externe, parallèlement à la méninge. Il s'agit bien évidemment ici d'une évolution vers la sclérose du même tissu embryonnaire qui, dans les courbes superficielles, a subi une dégénérescence particulière; les amas triangulaires résultent du tassement et de la transformation fibreuse de véritables petits nodules périvasculaires tels que ceux qu'on voit dans les méningo-myélites syphilitiques en voie d'évolution (*fig.* 9).

Les *vaisseaux* qui cheminent à la surface de la pie-mère ont subi des altérations de même nature. Les *veines* sont toutes atteintes; elles ont des parois extrêmement épaissies, les petites surtout, dont les tuniques peuvent atteindre une épaisseur de 5 à 10 fois plus considérable que leur lumière. Cet épaississement est régulièrement circulaire, ou bien au contraire excentrique, et rappelant par conséquent la disposition qu'affectent souvent les lésions syphilitiques en évolution des veines.

La paroi de ces veines est formée de minces cercles onduleux concentriques, dont les ondulations, loin d'être parallèles, circons-

crivent par leur juxtaposition, une série de petites logettes fusi-

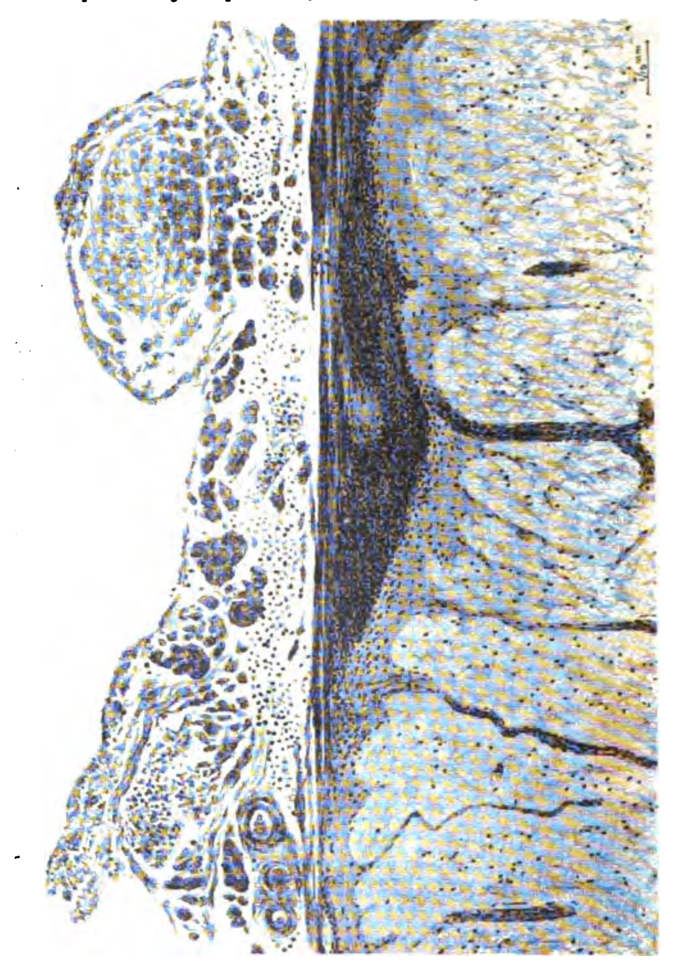


Fig. 9.

OBSERVATION I. — COUPE DE LA RÉGION DORSALE SUPÉRIEURE; MÉNINGE AU NIVEAU DU FAISCEAU LATÉRAL. Méningite, infiltration embryonnaire, dégénérescence des éléments; nodule formé, vers l'origine d'un vaisseau médullaire, par des cellules aplaties. — *Hématoxyline et éosine.*

formes; ces logettes sont remplies chacune par un ou deux noyaux

extrêmement pâles; sur quelques veines ces noyaux se colorent encore un peu et l'on voit très nettement qu'on est en face d'une infiltration embryonnaire de la paroi qui a été surprise, en voie

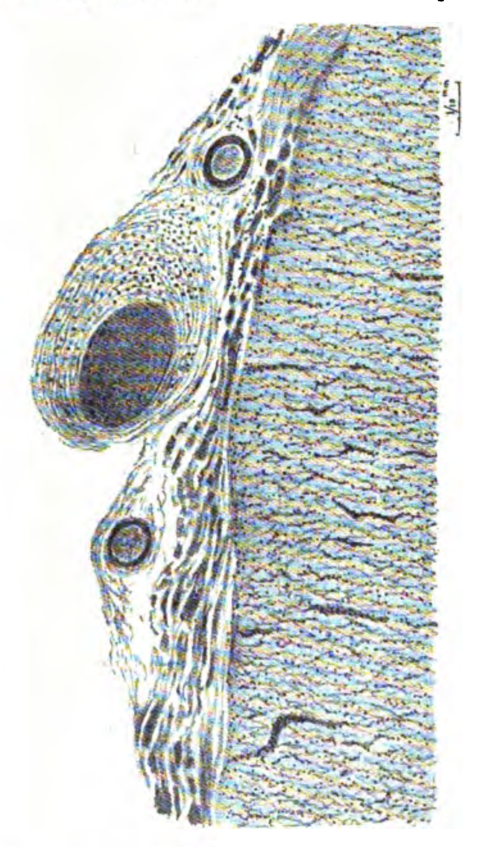


Fig. 10.

Observation I. — Coupe de la région dorsale supérieure, méninge au niveau du faisceau latéral. Lésion d'une veine, dégénérescence des éléments morbides. Deux artérioles n'ont subi d'autre altération qu'une dégénérescence hyaline de leur paroi. — *Hématoxyline et éosine.*

d'évolution fibreuse, par cette sorte de dégénérescence spéciale dont il a été question plus haut (*fig.* 10).

Quelques-unes de ces cellules ont pourtant gardé leur aspect embryonnaire et restent bien colorées ; c'est ainsi qu'on peut voir

3, 4, 5 noyaux colorés sur une coupe de veine, mais souvent il n'y en a pas du tout. Les noyaux de l'endothélium eux-mêmes ne se colorent plus pour la plupart. En outre, chaque veine est entourée d'une couche plus ou moins épaisse de fibres conjonctives longitudinales.

Les *grosses artères* présentent un revêtement extérieur assez épais de fibres conjonctives longitudinales, entre lesquelles on aperçoit des traces de noyaux. Leur tunique interne est tantôt mince, tantôt épaissie en quelque point ou circulairement, mais la lésion la plus remarquable est l'absence presque complète de tout noyau coloré dans l'épaisseur des trois tuniques. La tunique musculaire prend, par l'hématoxyline, une coloration bleu gris un peu trouble ; on y distingue encore assez bien les contours des fibres musculaires, mais c'est à peine si de loin en loin on entrevoit encore vaguement un noyau en bâtonnet. Le calibre de ces vaisseaux est parfaitement conservé, il n'existe ni distension exagérée, ni rétrécissement, les parois semblent avoir conservé, sinon leur élasticité normale, du moins une consistance qui est compatible avec une circulation régulière. En un mot il y a là un état tout spécial, qui n'est certainement pas artificiel, et qui rentre dans la classe si vaste et encore si peu connue des *dégénérescences ;* ce n'est ni la dégénérescence amyloïde, ni la dégénérescence colloïde ; on peut lui donner le nom de dégénérescence hyaline en raison de son aspect.

Les *petites artères* présentent une endartérite énorme, en plus de l'état spécial des tuniques externes décrit plus haut.

Sur quelques-unes on voit que la couche fibreuse, développée aux dépens de l'endartère, est comprise entre deux membranes élastiques, dont l'interne est de nouvelle formation.

La *moelle* elle-même ne paraît pas avoir souffert de la lésion de ses vaisseaux nourriciers. En aucun point ses éléments n'ont subi de dégénérescence avancée. Les *capillaires* sont sains. Les *vaisseaux de moyen calibre* ont leurs parois épaissies et garnies de cellules fusiformes comme celles qui forment des amas à leur origine sous la pie-mère.

En remontant au *bulbe* et à la *protubérance*, on constate sur les artérioles et les veinules des lésions analogues ; leur tunique adventice contient de nombreux dépôts de pigment sanguin, trace évidente d'hémorragies anciennes et de congestions répétées.

Le tronc basilaire a des éléments bien colorés, sauf sa tunique externe, épaissie, dont les éléments cellulaires, assez nombreux, restent très pâles, surtout à mesure que l'on descend du côté de la moelle. L'endartère est saine.

La pie-mère présente une infiltration des cellules embryonnaires qui sont de mieux en mieux colorées à mesure que l'on remonte du côté du cerveau. La pie-mère qui sépare le cervelet de la protubérance, au-dessus du pédoncule cérébelleux moyen, ainsi que

celle qui tapisse les tubercules quadrijumeaux et les pédoncules cérébelleux supérieurs, offre un épaississement considérable et une infiltration très dense de noyaux arrondis, serrés les uns contre les autres, qui se colorent très vivement.

Les différents nerfs craniens présentent des altérations interstitielles de même nature, mais relativement assez minimes, les tubes nerveux sont intacts, ainsi que les noyaux d'origine.

Quelques-uns des gros vaisseaux qui pénètrent dans la protubérance présentent une infiltration abondante de leurs parois par des éléments embryonnaires. Les capillaires sont intacts; pourtant les veinules et les capillaires qui cheminent sous le plancher du quatrième ventricule ont leurs parois manifestement lésées et dessinent un réseau très visible sous les granulations de l'épendyme.

Cerveau. — La *pie-mère* cérébrale, dans toute son étendue, même sur les lobes occipitaux, est infiltrée de noyaux ronds. La lésion est infiniment plus intense sur les lobes frontaux et surtout à la face inférieure; au niveau du gyrus rectus les prolongements de la pie-mère qui pénètrent entre les circonvolutions sont tellement épaissis et infiltrés qu'ils forment des taches violettes visibles à l'œil nu sur les coupes colorées à l'hématoxyline.

Les *vaisseaux de la substance cérébrale* sont extrêmement malades particulièrement dans le gyrus rectus, les frontales, les motrices et le lobe temporal. Cette altération est remarquable par sa disposition irrégulière et par l'intensité étonnante de l'infiltration des parois des vaisseaux de moyen calibre.

Les capillaires sont relativement moins atteints que dans beaucoup de cas de paralysie cérébrale.

Les fibres à myéline sont relativement peu touchées; elles n'ont subi une diminution considérable que dans le gyrus rectus. Les cellules de l'écorce n'ont pas subi d'altération appréciable. La névroglie est épaissie, surtout dans les couches superficielles des circonvolutions frontales, où l'on voit un assez grand nombre de cellules-araignées.

Les *nerfs cutanés* du pied et de la main, ainsi que les filets terminaux des branches cutanées du crural ne présentent aucune fibre en voie de dégénérescence (acide osmique); sur les coupes il semble pourtant qu'un certain nombre de fibres ont disparu; mais cette lésion est très peu importante. Un nerf musculaire pris dans l'épaisseur du triceps ne présente aucune altération.

Nous nous trouvons en présence d'une altération interstitielle et diffuse qui porte sur l'ensemble du système nerveux central. Il est bien évident que les lésions décrites dans la moelle et localisées à ce niveau presque exclusivement sur les

méninges, ne représentent qu'une évolution ultérieure peut-être vers la guérison d'un processus morbide, dont la protubérance et le cerveau nous représentent la phase active. Il est dès lors facile de reconnaître l'identité histologique de ce processus inflammatoire, qui frappe particulièrement l'élément conjonctif, dans lequel les lésions spéciales des vaisseaux jouent un rôle prépondérant, avec celui qui constitue la méningo-myélite syphilitique diffuse telle qu'elle est décrite par les auteurs. A l'intensité près, cette méningite est exactement comparable à celle qui sera décrite dans les observations suivantes; il est difficile de savoir si elle est plus ancienne que dans ces trois cas; la dégénérescence qui a suivi l'arrêt dans la marche du processus inflammatoire n'indique pas nécessairement que la lésion est très ancienne, car nous savons que des lésions semblables, plus ou moins arrêtées dans leur évolution, peuvent garder pendant des années un aspect très analogue à celui qu'elles avaient dès le début. D'autre part l'extension de la lésion au cerveau, où elle forme cette méningo-encéphalite vasculaire diffuse, qui est le substratum anatomique de la paralysie générale, et l'absence de lésions des cordons postérieurs donnent au cas actuel une ressemblance frappante avec une observation publiée par notre maître M. le professeur Raymond. (*Archives de Neurologie*, n° 1, 1894. Obs. I.)

La dégénérescence toute particulière des éléments et des vaisseaux de la pie-mère spinale, qui respectait pourtant la fonction physiologique de ces organes et qui, par conséquent, semble compatible avec une guérison définitive, n'est pas un des points les moins intéressants de cette observation; elle ne change d'ailleurs rien à l'interprétation qui vient d'être donnée, car on sait que tous les éléments inflammatoires ou néoplasiques sont susceptibles de subir des évolutions dégénératives variées; la nature de la dégénérescence ne paraît pas être toujours subordonnée à la nature du processus primitif. Il faudrait peut-être comparer cette dégénérescence, si régulièrement répartie sur un espace considérable, à la dégénérescence colloïde des vaisseaux de l'écorce cérébrale, décrite par M. Magnan dans quelques cas de paralysie générale, bien que sa nature soit totalement différente.

L'observation est à peu près muette sur les symptômes qui ont dû accompagner autrefois l'évolution de la méningite spi-

nale observée ; il est infiniment probable pourtant que c'est par la moelle que l'affection a débuté, pour envahir ultérieurement le cerveau et causer la paralysie générale. Cette lacune s'explique sans doute par l'état mental du sujet et la difficulté qu'il éprouvait à s'exprimer au moment où il a été vu.

Les seuls symptômes qui aient attiré l'attention sur la moelle, à part quelques douleurs anciennes qu'il accusait vaguement, sont l'abolition des réflexes patellaires et quelques mictions involontaires. On avait naturellement songé au tabes, mais en l'absence de troubles de l'équilibre et de phénomènes ataxiques, le diagnostic avait été réservé. Il est certain que tous les paralytiques généraux qui présentent le signe de Westphal sont fortement suspects de tabes, néanmoins l'observation présente et celle que M. le professeur Raymond a publiée (*loc. cit.*), sont d'excellentes justifications de la prudence qu'il faut apporter lorsqu'on veut porter un diagnostic précis chez ces malades. Tous les paralytiques généraux qui n'ont pas de réflexes ne sont donc certainement pas des tabétiques, quelle que soit d'ailleurs l'intimité des liens qui unissent le tabes et la paralysie générale.

Quant à la cause de l'abolition des réflexes dans le cas actuel, il est certain qu'elle ne doit être rapportée ni à une lésion des nerfs, ni à une altération des racines, ni à une atteinte aux centres réflexes. Il semble s'agir ici d'une action purement dynamique de la méninge enflammée; d'ailleurs les exemples d'abolition des réflexes au cours de la méningite spinale ne sont pas exceptionnels.

La cause de l'ictus terminal et de l'hémiplégie consécutive n'a pu être déterminée, ainsi qu'il arrive le plus souvent dans ces cas ; il est probable qu'il s'est agi de phénomènes congestifs plus ou moins localisés et qui avaient déjà disparu au moment de la mort, laissant seulement une hyperhémie diffuse du cerveau.

Observation II. — *Tabes ; traces de méningo-encéphalite; méningo-myélite diffuse.* — G... Auguste, quarante-six ans, coiffeur, salle Boulay, n° 25, entré le 23 avril 1891.

Antécédents héréditaires. — Bisaïeul mort à cent neuf ans, grand-père à cent cinq ans, père à soixante-dix ans après avoir été ataxique durant douze ans, six frères et sœurs morts jeunes.

Antécédents personnels. — Blennorrhagie à dix-sept ans, pas

d'histoire de syphilis. Marié en 1882, G... a eu trois enfants, dont deux morts en bas âge. La santé générale avait toujours été excellente, malgré plusieurs blessures de guerre, jusqu'en 1884, époque à laquelle G... fut atteint d'une laryngite qui persista sept mois.

Dès cette année aussi il eut des douleurs fulgurantes presque continuellement dans les membres inférieurs; puis des douleurs en ceinture, un affaiblissement passager des jambes qui l'obligea à faire un séjour à l'hôpital, deux ans plus tard des paralysies oculaires, de l'impuissance génitale; enfin en 1891 vinrent des douleurs dans les membres supérieurs, de l'engourdissement et de l'insensibilité des mains dans leur partie cubitale surtout, de l'incoordination rapidement croissante dans les membres inférieurs; un jour il ne put descendre l'escalier, le lendemain il fut obligé de garder le lit et entra à l'hôpital.

Etat actuel. — Douleurs fulgurantes dans les quatre membres, douleurs en ceinture, anesthésie cubitale et plantaire; démarche ataxique des plus marquées, dérobement des jambes, mais pas d'ataxie des membres supérieurs; signe de Westphal et de Romberg. Pupilles égales, rétrécies, signe d'Argyll-Robertson. Il y a en outre de la paralysie des troisième et sixième paires et une exophtalmie légère; l'ouïe est diminuée à gauche. En fait de symptômes viscéraux on note de la paresse vésicale, des pertes séminales, de l'impuissance complète ; rien de laryngé actuellement.

Quelques troubles trophiques existent aussi — de l'atrophie des muscles du mollet, des éruptions zostériformes. Pas d'arthropathie; le malade possède trente-deux dents saines.

Evolution ultérieure. — Après une certaine amélioration attribuable à la suspension, G... voit son mal évoluer rapidement; depuis mai 1891, il présente des attaques caractérisées par une perte de connaissance complète, avec raideur de la nuque et des membres, et grande gêne respiratoire ; après l'accès qui dure depuis dix minutes jusqu'à une ou trois heures, G... est souvent loquace et agité. Confiné au lit depuis la fin de 1891 il a des eschares au sacrum, s'affaiblit et s'émacie; dans le courant de 1892 l'état général s'amende un peu, les eschares sacrées se cicatrisent, mais bientôt il retombe dans un état de marasme profond. Les pieds sont tombants, les orteils fléchis en griffe présentent des maux perforants dorsaux qui ouvrent les articulations.

Les membres supérieurs deviennent de plus en plus maladroits et les doigts sont le siège de crampes douloureuses particulièrement dans le territoire du cubital. L'état mental est affaibli, la crédulité est extrême, le caractère devenu irritable et coléreux; la mémoire reste fidèle et le raisonnement correct. Au commencement de 1893 la situation du malade est lamentable et il succombe

le 21 janvier à un érysipèle phlegmoneux parti des ulcérations des orteils.

Autopsie. — Le cadavre est dans un état d'émaciation extrême; les muscles sont grêles, mais fermes et bien colorés. Les poumons, dont les bases sont fortement congestionnées, ne présentent aucune trace de tuberculose. Le cœur, flasque et dilaté, présente un endocarde sain. L'aorte est relativement saine pour un homme de cet âge. — Les reins sont normaux (400 grammes). — Le foie (1,500 grammes) est tuméfié, mou, marbré de jaune à la surface.

La *moelle* présente une traînée grisâtre sur toute son étendue dans l'espace qui est compris entre les racines postérieures. Celles-ci sont grises, atrophiées depuis le bas jusqu'en haut. L'atrophie est pourtant moins accentuée au niveau du renflement cervical. La pie-mère et l'arachnoïde sont épaissies et blanchâtres. Sur une coupe transversale de la moelle on constate une atrophie considérable des cordons postérieurs qui sont gris et s'affaissent. Le plancher du quatrième ventricule est un peu granuleux; le nerf moteur oculaire commun gauche est grisâtre et fortement atrophié; le droit a perdu son aspect nacré mais ne paraît pas sensiblement diminué de volume. — Les hémisphères cérébraux se laissent facilement décortiquer, ils ne présentent pas d'autre lésion apparente qu'une congestion marquée et un certain épaississement des méninges molles à la convexité, surtout en avant.

Examen histologique. — La *moelle* présente une dégénérescence avancée des cordons postérieurs; cette dégénérescence, qui est parfaitement systématisée, respecte dans la région lombaire le petit centre ovale de Flechsig et la zone marginale de Westphal. Les zones de Lissauer sont fortement sclérosées. Dans la région cervicale le cordon de Goll est complètement privé de fibres dans ses trois quarts postérieurs: dans le quart antérieur il reste encore quelques fibres plus abondantes le long de la commissure postérieure sur une petite étendue. La bandelette externe, qui contient encore quelques fibres, d'autant plus nombreuses qu'on se rapproche de la corne, se distingue assez nettement du reste de la moelle; elle est séparée du cordon de Goll par une traînée de fibres relativement plus denses que celles qu'elle contient elle-même. Le champ postéro-externe présente une sclérose un peu moins avancée, ainsi que la zone de Lissauer.

Dans le *bulbe* on observe une double zone de dégénérescence, l'une autour du noyau de Goll, comprenant tout le faisceau grêle, l'autre en croissant autour et à distance du noyau cunéiforme.

Les *racines postérieures* sont fortement atteintes à la région lombaire; elles contiennent pourtant encore une assez grande quantité de fibres très fines. Dans la région cervicale elles sont moins malades.

Les *cornes postérieures*, bien que privées en grande partie de leur réticulum nerveux, n'ont pas subi une grande réduction de volume. Les cellules qu'elles contiennent, étudiées sur des coupes colorées d'une façon très délicate par l'action longtemps prolongée du carmin sur des rondelles de moelle, ne présentent pas la moindre lésion; elles sont aussi nombreuses et aussi belles que dans une moelle normale. — Il en est de même pour les cellules des *colonnes de Clarke*, dont pourtant le réticulum nerveux a presque entièrement disparu.

En résumé, il s'agit bien manifestement ici d'un tabes vulgaire, arrivé à une période avancée de son évolution. L'étude des coupes colorées à l'hématoxyline va maintenant nous faire connaître des lésions de la pie-mère et des vaisseaux médullaires, qui sont complètement indépendantes des dégénérescences décrites plus haut.

La moelle présente dans sa hauteur une inflammation chronique de la pie-mère, qui est très régulièrement répartie sur toute sa circonférence, sans être plus intense au niveau des faisceaux lésés. La *pie-mère* est épaissie; les faisceaux fibreux qui la forment, particulièrement dans la couche longitudinale externe, sont manifestement plus nombreux et plus volumineux qu'à l'état normal. Entre ces faisceaux on aperçoit une infiltration très régulière de noyaux ronds; ces noyaux, qui forment tantôt des lignes, tantôt des amas dans les interstices des fibres, se rassemblent particulièrement autour des capillaires. Le prolongement de pie-mère qui pénètre dans le sillon antérieur de la moelle contient un grand nombre de ces amas plus ou moins nettement limités. Jamais aucun leucocyte ne se mêle à ces cellules embryonnaires. La pie-mère qui tapisse les cordons postérieurs n'est pas plus altérée que le reste; c'est même au niveau des faisceaux latéraux que la méninge offre la plus grande épaisseur. Néanmoins il se détache de la pie-mère en arrière de fines taches qui vont rejoindre l'arachnoïde, de telle sorte que l'ensemble paraît, au premier abord, former un épaississement plus considérable en arrière. Un examen plus attentif montre que cet épaississement appartient bien plutôt à l'arachnoïde qu'à la pie-mère.

Les *artères* qui entourent la moelle sont absolument saines.

Les *veines*, au contraire, sont toutes plus ou moins atteintes. Tantôt elles ont leurs parois infiltrées de noyaux ronds qui se disposent en une couronne régulière, tellement tassés que la tunique veineuse paraît complètement violette à un faible grossissement (*fig.* 11). Tantôt, les noyaux s'accumulent en un ou deux points, laissant le reste de la circonférence à peu près intact. Cette tendance à la disposition nodulaire est parfaitement nette en bien des points.

L'*arachnoïde* est également épaissie et infiltrée.

Les *racines antérieures*, sans présenter la moindre lésion de leurs



Fig. 11.

OBSERVATION II. — COUPE DE LA RÉGION DORSALE ; SILLON ANTÉRIEUR. Méningite ; phlébite ; périartérite. — *Hématoxyline et éosine.*

éléments nobles, sont le siège, surtout dans la région cervicale, d'une infiltration embryonnaire interstitielle discrète qui accompagne les vaisseaux. La membrane conjonctive qui entoure les fascicules de ces racines est assez fortement épaissie et infiltrée.

Les *vaisseaux de la moelle elle-même* sont peu atteints par l'infiltration embryonnaire, sauf à la partie inférieure du renflement cervical où, sur un espace assez limité, les cellules embryonnaires accumulées autour des vaisseaux de la pie-mère, accompagnent ceux-ci sur une certaine étendue et semblent envahir la substance médullaire. Cette disposition ne s'observe qu'au niveau des cordons postérieurs.

Outre ces lésions irritatives, les vaisseaux des régions dégénérées présentent une sclérose assez modérée de leurs parois. Cette réaction des vaisseaux vis-à-vis des processus morbides qui les entourent, s'accompagne, vers la région cervicale, d'une certaine prolifération nucléaire.

Le bulbe et la protubérance présentent une méningite de même nature que celle de la moelle; la *pie-mère* est farcie de noyaux ronds, disséminés entre les faisceaux conjonctifs et particulièrement autour des vaisseaux. Les *veines* sont extrêmement malades; la paroi de certaines d'entre elles, infiltrée de noyaux arrondis, offre une épaisseur considérable. Dans l'espace interpédonculaire on voit, entre autres, une veinule de l'arachnoïde coupée en long, qui présente sur son parcours trois épaississements annulaires fusiformes, véritables granulations infectieuses, très comparables à des granulations tuberculeuses (le malade n'était nullement tuberculeux); en un point on aperçoit même au centre du nodule un début de caséification.

Les *artères*, par contre, sont à peu près saines; le tronc basilaire présente en un point une légère infiltration des vasa-vasorum de sa tunique externe; au même niveau il existe deux petites plaques d'endartérite fibreuse, sans qu'on puisse spécifier nettement si elles répondent aux points les plus malades de la tunique externe.

Les artères de l'espace perforé postérieur ont leur tunique externe légèrement infiltrée, mais sans trace d'endartérite.

Les vaisseaux de la substance du bulbe et de la protubérance sont sains, sauf quelques veinules sous-jacentes au plancher du quatrième ventricule, dont les parois sont infiltrées circulairement ou latéralement. L'épendyme est légèrement granuleux.

Les nerfs *moteurs oculaires communs* présentent une légère infiltration interstitielle, mais leurs tubes sont sains.

Les nerfs *moteurs oculaires externes* sont beaucoup plus atteints et l'infiltration qui accompagne leurs vaisseaux évolue vers la transformation fibreuse; les veines qui avoisinent leur émergence sont fortement lésées, surtout à gauche, et ces altérations paraissent également anciennes. A droite le nombre des tubes est évi-

demment diminué; à gauche la lésion parenchymateuse est extrêmement considérable; il reste à peine une dizaine de tubes de volume normal; le reste du tissu est fibreux et présente des tubes extrêmement fins. Ces lésions se prononcent encore et les tubes conservés diminuent à mesure qu'on s'éloigne de l'émergence.

Les *pathétiques* ne sont pas épargnés par l'altération interstitielle, mais leurs tubes nerveux ne paraissent pas lésés. Sur leur trajet les méninges sont fortement infiltrées.

Le *facial*, le *trijumeau*, l'*acoustique* sont moins lésés, mais la pie-mère est assez fortement infiltrée autour de leur émergence. Les nerfs du bulbe ont leur gaine épaissie et infiltrée, mais sans autre lésion appréciable. Les noyaux d'origine de ces différents nerfs sont absolument sains, de même que la portion des nerfs moteurs oculaires externes qui traverse la protubérance.

Du côté du *cerveau* on observe une méningite de la même nature que la méningite spinale, localisée surtout à la base, et bien visible en particulier au niveau du gyrus rectus, mais également appréciable à la convexité, et surtout sur les circonvolutions frontales.

Les *capillaires de l'écorce* présentent des traces non douteuses d'irritation dans toute l'étendue du cerveau, mais surtout au niveau du gyrus rectus, des circonvolutions frontales et motrices et de la pointe du lobe temporal. Pourtant il n'existe pas de lésions des fibres tangentielles, sauf au niveau du gyrus rectus, où elles sont certainement moins nombreuses qu'à l'état normal. La névroglie ne paraît pas épaissie.

Les *nerfs* cutanés du pied ne présentent plus qu'un petit nombre de fibres saines; ces lésions sont moins avancées au niveau de la jambe. Les nerfs cutanés des doigts sont encore moins altérés, quoique très notablement encore. Le sciatique et le crural, étudiés sur des coupes colorées au carmin, contiennent un assez grand nombre de tubes dégénérés. Les nerfs du membre supérieur sont à peu près sains, sauf le cubital.

Les *muscles* antérieurs de la jambe présentent une atrophie simple de la plupart de leurs fibres. Un assez grand nombre pourtant, disséminées dans l'épaisseur des muscles, sont complètement atrophiées et réduites à l'état d'une gaine remplie de noyaux. Quelques fibres isolées sont hypertrophiées et tranchent sur les autres tant par leur volume que par leur forme régulièrement arrondie.

Les nerfs intra-musculaires, étudiés sur les coupes des muscles, présentent un grand nombre de leurs fibres dégénérées.

En résumé, il s'agit d'un cas de *tabes* ancien, très régulier et très classique, avec adjonction de *méningite spinale* et traces

manifestes de *méningo-encéphalite*. La méningite accompagnée de lésions veineuses considérables, ne diffère en rien au point de vue histologique de celles qu'on observe dans la syphilis médullaire diffuse; sa disposition régulière sur toute la périphérie de la moelle, la participation des veines antérieures au processus, la présence à la surface du bulbe, de la protubérance et même des circonvolutions cérébrales d'une lésion de même nature, montrent avec la dernière évidence que les lésions systématisées des cordons postérieurs n'ont aucune influence directe sur sa production. D'autre part, l'absence de toute diapédèse de leucocytes polynucléaires, la nature et la répartition très régulière de l'infiltration, son ancienneté prouvée par les lésions scléreuses de la base de l'encéphale montrent bien qu'il ne s'agit pas d'une lésion infectieuse banale, évoluant sous la dépendance des accidents ultimes. Les capillaires de la moelle elle-même ne participent que relativement peu à la lésion inflammatoire.

Nous ferons remarquer, sans vouloir en tirer de conclusion ferme, que le malade, né d'un père ataxique, a constamment nié la syphilis.

Observation III. — *Tabes; méningo-myélite diffuse.* — Wei... Joseph, quarante-sept ans, chaisier, hôpital Lariboisière, salle J. Boulay, n° 16, entré le 9 avril 1892.

Antécédents héréditaires. — Parents morts âgés, frères et sœurs bien portants, sauf un qui a été frappé d'hémiplégie à trente-huit ans et est mort quelques années après.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à dix-huit ans. Le malade a une fille unique bien portante; sa femme, morte de la poitrine, n'a pas eu de fausse couche. Il nie toute maladie vénérienne, ne porte aucune trace suspecte et n'est pas alcoolique.

Histoire de la maladie. — En 1879, le malade commença à ressentir des douleurs abdominales qui revenaient par crises, duraient quelques jours et se terminaient par une diarrhée abondante. En 1881, après quelques douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, il fut subitement atteint de paraplégie et de parésie vésicale, garda le lit pendant trois mois environ, mais se remit ensuite graduellement, tout en conservant de l'anesthésie plantaire, des douleurs térébrantes, de plus en plus espacées et faibles, et de l'incertitude de la marche. Vers 1885, les douleurs cessèrent presque complètement, sauf pourtant les crises entéralgiques, mais les troubles de la marche ont continué à faire des progrès, si bien que depuis un an le malade ne sort plus de chez lui. Il y a quelques

mois, les douleurs entéralgiques s'exagérèrent, puis changèrent de caractère pour se transformer en crises rectales typiques, dont la violence conduisit le malade à l'hôpital.

Etat actuel. — W... est de taille moyenne, maigre, pâle, très souffrant. Les crises rectales se répètent tous les jours et même deux fois par jour, elles sont terribles et durent plusieurs heures. Dans l'intervalle des crises, W... marche un peu en poussant une chaise devant lui, mais il menace de s'effondrer aussitôt qu'on détourne ses regards du sol. Les membres inférieurs sont le siège d'une incoordination motrice considérable, les réflexes rotuliens sont abolis; la sensibilité est à peu près conservée, sauf à l'extrémité du membre; il se plaint d'avoir continuellement froid aux pieds. La maladresse croissante des membres supérieurs empêche le malade de se livrer à un travail quelconque depuis plusieurs mois déjà. Il n'y a pas d'atrophie musculaire. Les pupilles, en état de myosis, sont égales et présentent le signe d'Argyll-Robertson; il n'y a pas eu de paralysie oculaire. L'état mental et le caractère ne paraissent pas altérés.

Evolution ultérieure. — Pendant tout le séjour du malade à l'hôpital, son affection évolue d'une façon lente, monotone; les crises rectales s'atténuent et disparaissent vers le mois de juillet; les troubles de la marche au contraire s'accentuent au point de confiner le malade au lit. Au mois de janvier 1893, W... est arrivé dans un état de cachexie profonde; il contracte, le 18 janvier, un érysipèle phlegmoneux de la cuisse droite et succombe à cette complication au bout de huit jours.

Autopsie. — Le cadavre porte une escarre sacrée toute récente; les muscles sont grêles, mais fermes et rouges; les pieds sont légèrement tombants.

La moelle présente une dégénération intense de ses cordons et de ses racines postérieures. Les racines du renflement cervical sont grisâtres, mais ne paraissent pas avoir bien notablement diminué de volume. Les méninges molles sont épaissies et opalines; l'arachnoïde porte en arrière, au niveau du renflement lombaire, de nombreuses plaques calcaires. L'épendyme du quatrième ventricule est finement granuleux. Les artères cérébrales sont saines. Le cerveau ne présente aucune lésion appréciable. Les autres organes n'offrent aucune lésion intéressante; il n'existe aucune trace de tuberculose.

Examen histologique. — Les lésions sont très exactement comparables à celles du cas précédent, quoiqu'un peu moins intenses.

Les *cordons postérieurs* sont le siège d'une dégénérescence étendue à toute leur hauteur. Au renflement lombaire, la petite zone de Flechsig et les zones de Westphal sont épargnées. Au renflement cervical, la dégénérescence est absolue dans la moitié postérieure

du cordon de Goll; la moitié antérieure contient encore des tubes disséminés. La zone radiculaire, moins fortement lésée que le cordon de Goll, a des limites moins tranchées que dans l'observation précédente.

Les *cornes postérieures* sont relativement peu atrophiées, malgré la disparition de leur réticulum nerveux normal. Leurs cellules sont absolument intactes. Les *colonnes de Clarke* présentent la disparition classique de leur réticulum nerveux. Les *racines postérieures*, fortement lésées dans les régions inférieures, le sont beaucoup moins dans le renflement cervical; elles redeviennent même presque saines dans le tiers supérieur de ce renflement. Au niveau du collet du *bulbe*, on observe la double dégénérescence tabétique habituelle.

Comme dans le cas précédent, les coupes colorées à l'hématoxyline montrent l'existence d'une méningite vasculaire qui est un peu moins intense. C'est le même épaississement des fibres conjonctives, la même infiltration par des noyaux arrondis; néanmoins les fibres conjonctives sont moins fortes et moins denses.

L'*arachnoïde* est épaissie et infiltrée, surtout en arrière; les tractus qui relient cette membrane à la pie-mère participent à cette altération et, comme dans le cas précédent, donnent à première vue l'impression que la pie-mère est plus altérée au niveau des cordons postérieurs; mais un examen plus attentif montre que cette apparence ne répond pas à la réalité des choses.

Les *artères spinales* sont complètement saines.

Les *veines* sont altérées pour la plupart; quelques-unes pourtant sont saines. Les altérations, qui s'observent aussi bien sur la veine antérieure que sur les veines radiculaires, consistent dans une infiltration embryonnaire de la zone externe ou de la paroi tout entière, régulièrement étendue à toute la périphérie, ou condensée en un ou plusieurs petits nodules très caractéristiques (*fig.* 12).

Les *racines antérieures* et *postérieures* sont le siège d'une infiltration interstitielle et d'une péri-radiculite beaucoup plus intense que dans le cas précédent. Il n'existe d'ailleurs aucune lésion des cellules de la moelle ni des fibres des racines antérieures.

Les *vaisseaux médullaires* proprement dits sont beaucoup plus infiltrés que dans le cas précédent; cette lésion n'est pas limitée aux cordons postérieurs, où les vaisseaux offrent en outre une sclérose modérée de leurs parois; elle est plus intense dans les régions cervicale et dorsale que dans le renflement lombaire.

Les *méninges* cérébrales et les *capillaires de l'écorce* ne présentent pas de lésions appréciables.

La *pie-mère* du bulbe et de la protubérance présente les mêmes lésions que celles qui ont été décrites dans le cas précédent, mais moins marquées.

Les grosses et les petites *artères* du bulbe sont saines. Les veinules

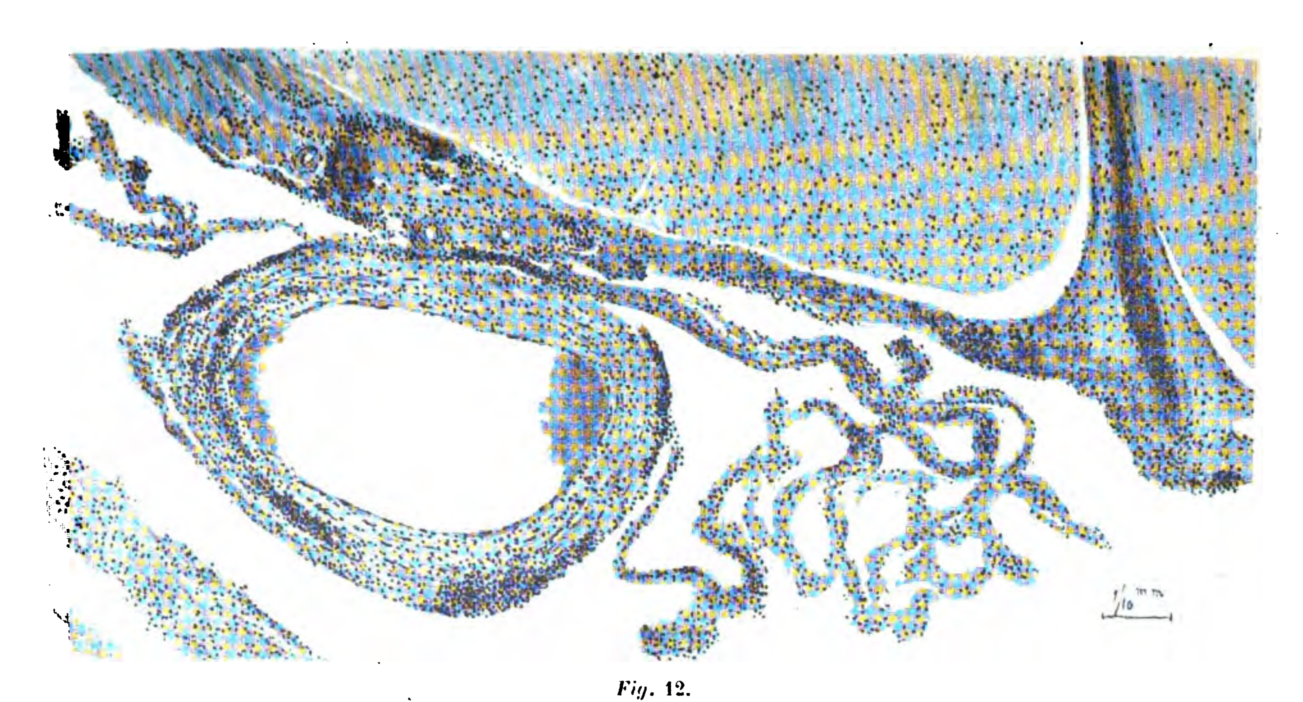


Fig. 12.

OBSERVATION III. — COUPE AU NIVEAU DE LA RÉGION DORSALE ; MÉNINGE AU NIVEAU DES CORDONS POSTÉRIEURS VERS LES RACINES.
Méningite ; phlébite à tendance nodulaire. — *Hématoxyline et éosine.*

ont leurs parois infiltrées; cette lésion est bien visible et facile à étudier surtout sur les veinules qui cheminent dans le tissu conjonctif lâche de l'espace perforé postérieur. On voit leurs tuniques parsemées de noyaux arrondis qui s'éparpillent en outre dans les espaces ambiants; cette infiltration lâche se condense par places sous forme d'anneaux fusiformes plus ou moins étendus, ou d'amas irréguliers situés au niveau des points de bifurcation. L'arachnoïde présente des épaississements considérables avec infiltration cellulaire plus ou moins serrée; çà et là les cellules embryonnaires se tassent pour former des nodules arrondis, à limites plus ou moins diffuses, qui mesurent environ 1/10 de millimètre.

Parmi les *nerfs craniens*, l'*hypoglosse* et les *nerfs mixtes* sont les plus atteints; un des fascicules supérieurs de l'hypoglosse, dont le volume paraît augmenté, contient une veinule à parois fortement infiltrées; mais les tubes nerveux ne paraissent nullement atteints par cette lésion purement interstitielle.

Les *moteurs oculaires externes*, surtout le gauche, présentent une infiltration analogue, quoique moins intense. Les *moteurs oculaires communs* sont traversés, à leur origine, par des veinules malades et émergent d'une méninge enflammée, mais ne sont pas autrement altérés. Les noyaux d'origine de tous ces nerfs sont sains.

La protubérance et le bulbe contiennent quelques gros vaisseaux infiltrés. Les veines et les capillaires sous-jacents au plancher du quatrième ventricule sont également lésés, mais moins que dans l'observation précédente. Les granulations épendymaires sont assez marquées.

Les *nerfs cutanés du pied* présentent des lésions atrophiques très marquées; on n'y voit point de fibres en boules. Les nerfs cutanés de la main sont sains ou à peu près.

Les mêmes raisons que dans le cas précédent nous autorisent à admettre qu'ici encore il ne s'agit pas d'une infection ultime de la moelle, contemporaine des accidents qui ont amené la mort. L'aspect des lésions, leur tendance manifestement nodulaire, leur nature plastique et non pas suppurative, leur prédilection pour les parois des veines font de ce cas la répétition exacte du précédent.

OBSERVATION IV. — *Tabes; paralysie générale; méningo-myélite diffuse; plaque de myélite vasculaire dans le faisceau latéral.* — H... J., trente-sept ans, maître d'hôtel, entré le 2 avril 1891, salle Boulay, n° 13, mort le 8 avril 1892.

Cette observation a été publiée dans tous ses détails par notre maître, M. le professeur Raymond (*Bull. Soc. méd. des Hôp.*, 1892, p. 836). Nous en extrayons les détails qui suivent :

Pas d'autre antécédent pathologique qu'une diarrhée intense huit ans auparavant; la syphilis est niée. Fatigues et habitation humide pendant quarante-cinq mois au moment de son service militaire.

Début de la maladie au commencement de 1889, par une sensation de fatigue, puis par des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

Diplopie. Crises de diarrhée avec coliques. En juillet, la marche devient difficile; troubles urinaires.

En janvier 1891, dérobement des jambes.

A son entrée dans le service, les douleurs fulgurantes sont violentes; elles commencent à envahir les bras. Léger retard de la perception aux membres inférieurs. Réflexes rotuliens abolis. Inégalité pupillaire; signe d'Argyll-Robertson; légère décoloration des nerfs optiques. Vessie paresseuse; constipation. Incoordination motrice; signe de Romberg.

Quelques signes de satisfaction attirent l'attention sur l'état mental; on constate des lacunes dans sa mémoire, une légère hésitation de la parole lorsque le malade est fatigué, un léger tremblement des mains. Tous ces signes vont en s'accentuant rapidement; l'état mental tourne à l'hypocondrie avec délire triste et niais : estomac bouché, etc. La mort survient du fait d'une pyélo-néphrite ascendante.

L'*autopsie* montre des lésions très avancées de tabes et des lésions de paralysie générale à peine visibles à l'œil nu, mais parfaitement évidentes au microscope, sur lesquelles nous n'insisterons pas. Les poumons contiennent aux sommets quelques traces de tuberculose ancienne et guérie.

De l'*examen histologique* nous ne retiendrons que la présence, au niveau de la moelle et du bulbe, d'une méningo-myélite vasculaire assez intense, ainsi que le montre la *figure* 15, qui prédomine dans la région dorsale supérieure. Les veines participent largement au processus; les artères présentent de l'endartérite fibreuse. En somme il s'agit d'une lésion qui ne diffère en rien de celle que nous avons décrite plus haut.

Le point le plus remarquable est la présence, dans le faisceau latéral gauche, à la hauteur de la quatrième paire dorsale, d'une plaque de myélite localisée qui avait échappé au premier examen, grâce à ses dimensions minimes et à l'absence de dégénération secondaire. Cette plaque, que nous avons décrite à la Société anatomique, avec la collaboration de notre excellent collègue et ami Lenoble, occupe, ainsi que le montre la *figure* 13, une partie de la périphérie de la moelle et semble répondre à l'extrémité antérieure du faisceau cérébelleux direct et à la partie postérieure du faisceau de Gowers; en réalité, elle ne répond à aucune systématisation. Il faut remarquer qu'elle est séparée de la méninge, dans presque toute son

étendue, par une mince couche de fibres saines. Toute sa partie supérieure a été utilisée pour les coupes transversales; la *figure* 14 montre sa partie inférieure en coupe vertico-transversale et sa terminaison par en bas. Sa hauteur ne dépassait certainement pas



Fig. 13.

OBSERVATION IV. — COUPE AU NIVEAU DE LA QUATRIÈME DORSALE. Dégénérescence des cordons postérieurs; plaque de myélite dans le faisceau latéral. — *Procédé d'Azoulay.*



Fig. 14.

OBSERVATION IV. — COUPE VERTICO-TRANSVERSALE de la même plaque de myélite; *c*, commissure postérieure; *m*, plaque de myélite. — *Procédé d'Azoulay.*

7 millimètres. Au-dessus d'elle, il n'existe aucune trace de dégénération.

L'étude des coupes colorées par le carmin montre la cause de cette absence de dégénération; les cylindres-axes sont en effet dénudés et altérés, mais non détruits. A un fort grossissement, par la méthode d'Azoulay, on découvre, vers l'extrémité inférieure de la plaque, des fibres où la myéline est en voie de fragmentation.

Les coupes colorées à l'hématoxyline montrent que cette zone de destruction de la myéline est précisément en rapport avec des altérations très intenses des capillaires, qui présentent une infiltration très abondante de leurs parois par des cellules rondes. En somme, il s'agit là d'une sorte de foyer de condensation de lésions vasculaires que l'on retrouve éparses dans tout le reste de la moelle (*fig.* 15). Un de ces capillaires présente une thrombose leucocytique Sur les coupes vertico-transversales, on voit que la plaque est traversée par deux volumineuses artérioles dont les parois sont fortement lésées au point de passage, sans que l'infiltration se propage beaucoup sur leur trajet ultérieur.

Il est à noter que cette plaque de myélite n'est pas du tout en rapport avec la méninge qui, à son niveau, ne présente ni plus ni moins de lésions que partout ailleurs. La névroglie est en voie d'épaississement; il existe déjà des cellules-araignées.

Cette observation nous montre, outre les lésions diffuses signalées plus haut, une complication anatomique que rien



Fig. 15.

Observation IV. — Coupe transversale de la même plaque de myélite, à un plus fort grossissement. Méningite; lésions des capillaires. — *Hématoxyline et éosine.*

dans l'observation ne laissait prévoir. La plaque de myélite, qui est faite exactement sur le type de la méningo-encéphalite, ressemble également à s'y méprendre à la myélite syphilitique diffuse embryonnaire de MM. Gilbert et Lion ; il serait absolument impossible de l'en distinger au microscope ; faut-il conclure de l'absence d'antécédents connus qu'elle est d'une autre nature ? En tout cas, il est certain qu'elle fait partie

intégrante du processus de méningo-myélite vasculaire diffuse, dont elle n'est que l'exagération en un point limité. On peut concevoir à priori qu'elle aurait pu amener des complications cliniques très appréciables, si elle avait été autrement localisée et si elle n'avait pas évolué sur un malade déjà confiné au lit.

*
* *

Les quatre observations qui viennent d'être rapportées ne forment pas, au premier abord, un groupe homogène; la première appartient, en effet, à un paralytique général, tandis que les trois autres ont trait à des tabétiques, dont un, au moins, ne présente pas de lésions cérébrales. Néanmoins, si nous faisons abstraction de la lésion tabétique chez les trois derniers, nous nous trouvons en face, chez nos quatre malades, d'une méningo-myélite peu intense, qui présente des caractères particuliers, accompagnée, chez trois d'entre eux, de méningo-encéphalite de même nature. L'aspect de la lésion de la pie-mère chez Wet..., pourrait induire en erreur, à cause de la dégénérescence des éléments morbides; mais il suffit d'étudier la lésion au niveau de la protubérance et du cerveau, où elle n'est pas encore défigurée, pour voir qu'il s'agit bien de la même inflammation diffuse, caractérisée par les mêmes infiltrations des cellules rondes.

D'ailleurs, ce n'est pas là une exception dans la paralysie générale; les descriptions des auteurs montrent que la méningo-myélite est plutôt la règle et dans tous les cas de paralysie générale pure (5 cas) ou compliquée de tabes (6 cas) que nous avons eu l'occasion d'étudier, nous l'avons rencontrée à des degrés divers.

Dans le tabes ces lésions ont attiré l'attention depuis longtemps; elles ont même joué un grand rôle dans certaines théories anciennes et récentes; l'impression que nous a laissée l'étude de neuf cas de tabes, dont trois non compliqués de paralysie, est que cette lésion est constante, à des degrés variables; les infiltrations embryonnaires prédominent toujours sur la pie-mère et l'arachnoïde, mais les vaisseaux de la substance médullaire elle-même sont plus ou moins atteints suivant les cas; tantôt cette lésion vasculaire, qu'il faut bien distinguer de la sclérose consécutive à la destruction des éléments nobles, prédomine sur les vaisseaux des cordons dégé-

nérés, comme l'a montré M. le professeur Raymond, tantôt elle est également répartie dans tous les faisceaux ; enfin nous avons vu que les lésions vasculaires peuvent se concentrer en un point de myélite (Obs. IV) qui ne saurait se distinguer au microscope d'un foyer de myélite syphilitique.

Contrairement à l'opinion généralement admise, nous n'avons pas trouvé que les lésions de la pie-mère fussent beaucoup plus avancées en arrière qu'en avant; nous avons toujours trouvé, dans le tabes comme dans la paralysie générale, une répartition à peu près égale à toute la périphérie. Cette constatation tient probablement à la technique employée, ainsi que nous avons eu l'occasion de le faire remarquer plus loin. Il faut ajouter aussi que les tractus qui réunissent la pie-mère à l'arachnoïde sont normalement plus nombreux en arrière et que l'ensemble de ces tractus épaissis et de l'arachnoïde également altérée donne au premier abord l'impression d'une lésion plus intense; mais si l'on fait la part de ce qui revient à la pie-mère, on voit que cette membrane n'est ni plus épaissie, ni plus infiltrée en arrière qu'en avant.

Pour compléter la série des faits semblables, nous devons mentionner la présence de la même méningo-myélite diffuse dans des affections qui sont bien différentes au premier abord, et qui pourtant sont unies au tabes et à la paralysie générale par des liens étiologiques étroits; nous voulons parler des formes variées de la syphilis spinale. Ici nous n'avons pas de faits personnels à fournir, mais nous avons eu l'occasion d'étudier, dans le laboratoire de notre maître M. le professeur Raymond, les pièces de trois cas de syphilis spinale dont l'un, myélite chronique diffuse évoluant sous les allures d'une atrophie musculaire, n'était à proprement parler que l'exagération du processus que nous venons de décrire (F. Raymond, *Sur quelques cas d'atrophie musculaire à marche progressive chez des syphilitiques*, Soc. méd. des Hôp., 1893) ; il faut ajouter que le malade avait présenté un symptôme de la série tabétique, une ophtalmoplégie transitoire. Les deux autres malades étaient atteints l'un d'une myélite syphilitique transverse chronique (F. Raymond, *Contribution à l'étude de la syphilis du système nerveux*, Arch. de Neurol., 1894, Obs. III), l'autre d'une myélite syphilitique transverse aiguë; chez tous les deux il existe une lésion diffuse étendue à toute la moelle, constituée comme chez nos tabétiques.

Si l'on rapproche de ces faits la petite plaque de myélite de l'observation IV, que l'absence d'antécédents connus nous empêche seule d'attribuer fermement à la syphilis; si, d'autre part, on se rappelle que dans nos observations le maximum des lésions diffuses répond toujours à la région dorsale supérieure ou cervicale inférieure, comme c'est la règle dans la myélite syphilitique transverse, on voit qu'il s'agit là de lésions singulièrement voisines.

Nous n'avons pas à insister sur la comparaison de ces lésions avec celles qui, dans le cerveau, sont le substratum anatomique de la paralysie générale; notre maître a traité ce point avec une compétence et une autorité qui nous dispensent d'y revenir (*loc. cit.*). D'autre part, il est évident que la lésion de névrite transverse, que nous avons décrite comme étant la cause de la dégénération tabétique, est encore un processus du même ordre.

Nous sommes donc amenés à conclure, de tous les faits que nous venons de passer en revue, que dans la paralysie générale, le tabes et les myélites syphilitiques, il existe des lésions d'inflammation diffuse étendues à tout le système nerveux central, ou au moins à une grande partie de ce système, et en particulier à la moelle tout entière. Ces lésions sont de même nature, au point de vue histologique, dans ces différents cas, et elles ne sont que l'expression atténuée de l'atteinte morbide principale subie par l'organisme en des points d'élection qui varient avec chacune des espèces nosologiques énumérées.

Il nous faut maintenant étudier le degré de spécificité de ce processus et les conséquences qu'il peut avoir par lui-même. Tout d'abord, il est un point de technique qui mérite une mention spéciale; cette méningo-myélite, qui est caractérisée par une infiltration de *cellules rondes* avec, le plus souvent, peu d'épaississement des fibres conjonctives, et par la participation toute spéciale des veines à cette infiltration, n'est visible qu'avec les colorants nucléaires électifs tels que l'hématoxyline; il suffit de comparer une coupe colorée au carmin et une coupe colorée à l'hématoxyline pour voir qu'on laissera forcément échapper les détails les plus caractéristiques de la lésion, et souvent la lésion elle-même, si l'on n'emploie pas le colorant approprié.

La forme de la lésion est suffisamment montrée par nos dessins pour qu'il soit utile d'insister; mais il est important

de préciser la nature du processus. Les lésions de la méninge et des vaisseaux sont essentiellement différentes des altérations qui sont consécutives à la simple disparition des éléments nerveux : on ne peut établir aucune parenté entre l'infiltration embryonnaire que l'on voit dans la plaque de myélite de l'observation IV et la sclérose lente des vaisseaux d'un faisceau pyramidal dégénéré à quelque période qu'on l'examine. Les vaisseaux et le tissu connectif, en un mot l'appareil mésodermique de la moelle, sont donc pris en eux-mêmes et pour eux-mêmes, indépendamment des atteintes portées aux éléments nobles. Ceux-ci sont-ils pris en même temps ou seulement consécutivement? La question est plus difficile à résoudre ; d'ailleurs, sa solution n'a peut-être pas une importance pratique bien considérable. Pour notre part, nous croyons que le processus morbide élit d'abord domicile sur l'élément vasculo-conjonctif pour attaquer ensuite l'élément noble, tant par l'entrave qu'il apporte à sa nutrition que par la viciation du milieu intérieur qu'il est capable de produire ; mais il s'agit d'une action purement locale, comme le montre bien la superposition exacte des lésions des éléments nobles avec les lésions spécifiques du tissu conjonctif. Il nous a semblé, en effet, que d'une part on ne trouvait aucune lésion des cellules ou des tubes, qui ne soit en relation avec une lésion conjonctive spécifique, ou qui ne puisse être rapportée à une dégénérescence secondaire partant d'une lésion mésodermique; que d'autre part les lésions vasculo-conjonctives étaient souvent plus marquées et plus caractéristiques que les altérations des éléments nobles; nous avons même pu montrer que, dans les tabes peu avancés, la lésion conjonctive existe au niveau de nerfs radiculaires que nos moyens d'exploration nous montrent encore sains. Nous nous croyons donc autorisés à qualifier cette lésion de *vasculaire* ou de *conjonctive* suivant les cas, sans méconnaître en rien l'atteinte portée à l'élément noble.

Outre sa forme, cette lésion semble encore caractérisée par son allure. Dans tous les cas observés nous l'avons trouvée à des degrés variables, mais toujours relativement peu intense, quel que fût l'âge du tabes ou de la paralysie générale ; nous croyons pouvoir en conclure qu'il s'agit d'une lésion très peu active, susceptible de végéter fort longtemps sans amener une formation bien abondante de tissu conjonctif, quoi que ce soit là évidemment sa tendance. On pourrait s'étonner de voir une

inflammation garder si longtemps des caractères histologiques si franchement embryonnaires, mais c'est un fait dont les lésions vasculaires du cerveau dans la paralysie générale démontrent largement la réalité ; il est probable que les cellules rondes ne sont pas là à poste fixe, mais qu'elles émigrent et sont remplacées continuellement par de nouvelles. Pouvons-nous préciser sa date d'apparition? Précède-t-elle l'évolution du tabes ou bien est-elle postérieure? La préexistence de la névrite transverse aux lésions tabétiques dans les ganglions non encore atteints semblerait prouver que la méningite peut, elle aussi, se déclarer avant la lésion spinale ; mais nous devons aussi dire que notre démonstration se fonde uniquement sur des cas où la paralysie générale avait précédé le tabes. Il ne faut d'ailleurs pas trop compter sur la clinique pour nous aider sur ce point, car l'observation I, à défaut d'autres, nous montre combien ces symptômes de la méningite se distinguent difficilement de ceux du tabes confirmé.

La dernière marque de l'individualité absolue du processus serait la notion d'une cause spécifique ; mais ici nous sommes tenus à des réserves. Sans doute la syphilis peut produire cette lésion — il serait oiseux d'en donner des preuves ; — mais elle ne produit pas seulement cette lésion, qui appartient à une catégorie particulière des altérations méningées qu'elle peut engendrer ; bien plus, il est actuellement impossible de savoir si elle seule est capable de lui donner naissance. La clinique nous montre bien que 90 p. 100 des tabétiques et des paralytiques généraux sont syphilitiques, mais elle ne nous dit pas si les 10 qui restent relèvent de la syphilis ignorée ou de toute autre cause morbide ; il se trouve même que, par un hasard singulier, nos trois tabétiques ont nié tout accident suspect. D'un autre côté l'histologie ne nous fournit aucun critérium sûr ; il est souvent difficile de décider si telle ou telle grosse lésion est due à telle ou telle cause, quelle ne sera pas la difficulté lorsqu'il s'agira de juger un processus si peu marqué ! De l'étude comparative à laquelle nous nous sommes livré il résulte que l'on peut rencontrer, dans d'autres cas que ceux que nous avons en vue, quelques éléments épars de ce processus morbide ; certains vaisseaux de la sclérose en plaques peuvent bien donner lieu à des apparences analogues ; certaines moelles d'alcooliques peuvent bien présenter une certaine irritation conjonctive, mais jamais nous n'avons retrouvé

l'ensemble caractéristique de lésions méningées, vasculaires et veineuses que nous avons toujours rencontré dans le tabes et la paralysie générale.

Dans un cas de méningite tuberculeuse de la moelle, la ressemblance était certainement plus grande ; l'intensité beaucoup plus considérable du processus, la présence d'exsudats fibrineux et de caséification en bien des points donnait, il est vrai, une physionomie particulière à la lésion ; néanmoins l'examen des préparations provenant de cette moelle nous a laissé l'impression que la tuberculose, à un degré très atténué, pourrait donner naissance à un processus histologiquement semblable ; toute la question est de savoir si la tuberculose est capable d'évoluer avec une pareille discrétion. A ce propos nous devons faire remarquer qu'aucun de nos malades n'était tuberculeux, sauf le dernier, qui d'ailleurs ne présentait que des lésions très anciennes et guéries.

Il est inutile d'ajouter que, dans tous nos cas, l'infiltration par des cellules absolument *rondes* ne saurait être confondue avec l'infiltration de *leucocytes à noyau lobulé* que l'on observe dans les méningites consécutives à une infection banale surajoutée.

De tout ceci nous tirons cette conclusion qu'il y a une *espèce* de lésion diffuse qui répond à un type histologique spécial et qui possède probablement une évolution particulière, sans qu'il soit possible de pousser la spécificité jusqu'à l'absolu et sans qu'on soit autorisé à affirmer l'unité de cause. Ce qui semble légitime, c'est d'admettre que les agents morbides capables de lui donner naissance peuvent en même temps produire le tabes, la paralysie générale et, peut-être, des lésions circonscrites de la moelle très semblables aux lésions syphilitiques. Mais il reste possible que la syphilis soit la seule cause de ce processus diffus et des lésions localisées qu'il amène lorsqu'il se concentre en certains points d'élection ; aucun argument scientifique irréfutable ne peut être donné ni pour ni contre cette supposition.

*
* *

Il nous reste à étudier le rôle que cette méningo-myélite vasculaire diffuse peut jouer dans le tabes. Au point de vue clinique, il ne nous est pas possible de distinguer les symp-

tômes qui lui appartiennent au milieu des manifestations tabétiques proprement dites, mais il est permis de supposer qu'elle peut en simuler plusieurs. Il est également très possible que certains symptômes médullaires du tabes et de la paralysie générale relèvent exclusivement de cette lésion diffuse ou plus ou moins inconscrite.

Dès le début de l'étude anatomique du tabes, on a voulu lui faire jouer un rôle pathogénique ; à ce propos il nous suffira de citer les noms d'Ordonez, d'Adamkiewics, de Rumpf, plus tard, qui ont cherché à rattacher à des lésions vasculaires les altérations des cordons postérieurs chez tous les tabétiques ou chez quelques-uns d'entre eux seulement.

La méningite a également été incriminée, particulièrement dans ces derniers temps. B. Sachs (*Syphilis and tabes dorsalis*, N.-Y., Med. J., janvier 1894) a fort bien étudié cette lésion dans un cas de tabes et a émis l'hypothèse qu'elle pouvait atteindre les racines postérieures à leur entrée dans la moelle pour amener leur destruction et consécutivement la dégénérescence des cordons postérieurs. Obersteiner et Redlich ont cherché à préciser cette théorie en l'appuyant sur l'étude d'une disposition anatomique qui nous a paru n'être qu'un artifice de préparation. Mais nous avons discuté ailleurs cette opinion et nous ne reviendrons pas sur les raisons qui nous font la rejeter.

Mais si la méningo-myélite n'est par elle-même pour rien dans la lésion qui fait du tabes une entité morbide, elle n'en est pas moins très capable de la modifier en se superposant à elle. Nous avons vu qu'elle entraîne des lésions vasculaires spéciales qui se surajoutent en quelque sorte, ainsi que l'a montré notre maître, M. le professeur Raymond, aux lésions scléreuses banales consécutives à toute dégénérescence ; de telle sorte que les lésions vasculaires des cordons postérieurs sont constituées par deux éléments variables, l'un passif en quelque sorte, la sclérose, l'autre actif, mais capable d'évoluer également vers la sclérose ; de là vient leur variabilité considérable. Le processus histologique de la dégénérescence tabétique est ainsi modifié, ce qui peut expliquer certaines différences d'aspect que l'on constate lorsqu'on le compare à celui d'autres dégénérescences secondaires.

De plus, il est facile de concevoir qu'une plaque de myélite, telle que celle de l'observation IV, peut, si elle est bien placée

et si elle persiste assez longtemps pour amener la destruction définitive de l'élément noble, entraîner des complications anatomiques et cliniques considérables. La preuve en est dans le cas décrit par Westphal d'une myélite transverse diffuse qui s'était surajoutée à un tabes chez un paralytique général et qui avait entraîné les dégénérescences ascendantes et descendantes habituelles.

Enfin, cette méningo-myélite amène par elle-même la disparition d'un certain nombre de fibres, et à cet égard nous ne saurions mieux faire que de renvoyer le lecteur à l'observation de myélite vasculaire diffuse que M. Raymond a publiée en 1892 à la Société médicale des Hôpitaux, et aux dessins qui l'accompagnent. Cette disparition a évidemment pour conséquence une atrophie générale de la moelle, atrophie poussée très loin dans certains cas; de plus, elle est susceptible de détruire certaines fibres des cordons postérieurs indépendantes des racines, d'altérer ainsi la pureté de la systématisation et de passer un coup d'estampe, si nous pouvons nous exprimer ainsi, sur la lésion tabétique. Mais il est bien évident qu'il s'agit là d'un processus diffus, et, de plus, commun à plusieurs affections, qui ne saurait entrer en ligne de compte dans la définition du tabes; il faut, pour amener la dégénérescence systématique qui caractérise cette affection, une atteinte bien autrement puissante portée sur les racines en un point où elles sont encore isolées; cette atteinte relève bien aussi du processus diffus que nous avons cherché à caractériser, mais elle en représente une localisation particulière au niveau de laquelle l'inflammation conjonctive acquiert une telle intensité qu'elle mérite une description et une dénomination spéciales. C'est pourquoi nous avons cru devoir la désigner sous le nom de *névrite radiculaire interstitielle transverse*.

Conclusions. — I. Il existe dans le tabes, la paralysie générale et les myélites syphilitiques, un processus d'inflammation diffuse qui s'étend à toute la moelle. Cette lésion mérite le nom de *vasculaire* ou de *conjonctive* en raison du tissu qu'elle semble affecter en premier lieu; elle consiste essentiellement en une infiltration de cellules *rondes* qui envahit la pie-mère, l'arachnoïde, les capillaires de la moelle et qui a une prédilection toute particulière pour les tuniques des veines superficielles; elle entraîne des altérations consécutives des éléments

nobles. Elle parait constante si l'on emploie, pour la rechercher, des colorants muléaires électifs.

II. Les lésions de l'écorce cérébrale — cause de la paralysie générale, celles des nerfs radiculaires — cause du tabes, — les plaques localisées de myélite syphilitique ne sont que l'exagération de cette lésion diffuse en des points déterminés par suite d'une élection qui est elle-même le fait de dispositions anatomo-physiologiques encore mal connues.

III. Le processus présente un aspect très particulier qui semble en faire une espèce distincte, sans qu'on puisse affirmer qu'une cause unique lui donne naissance ; en tout cas il est certain, de par la clinique, que dans la grande majorité des cas c'est de la syphilis qu'il relève.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XI. Commotion cérébrale, blessure du cerveau ou névrose ; par Thomsen. (*Allg. Zeitsch f. psychiat.*, LI, 4.)

Un homme de quarante-cinq ans chez lequel on n'a pu constater ni syphilis, ni épilepsie, ni alcoolisme mais une prédisposition névropathique qui s'était déjà manifestée par un accès mélancolique, se tire, au cours d'un second accès de mélancolie, quatre coups de revolver. Une seule balle l'atteint et vient s'aplatir sur le frontal, sans fracturer cet os. Ce traumatisme n'est suivi que d'une obnubilation passagère : le soir même de l'accident, délire fugace qui s'efface ensuite en même temps que disparait l'accès mélancolique. Cinq jours après, à la suite d'une nuit mauvaise, éclatent de violents accès d'épilepsie (perte complète de connaissance, morsure de la langue, sueurs profuses, suffocation, parésie du cœur, état de mal).

Ces accès ne présentent aucun des caractères de l'épilepsie partielle. Le lendemain la température atteint 39°,4, puis redevient normale : les autres symptômes s'amendent. Au dixième jour état semi-comateux, suivi le lendemain de signes de compression cérébrale : coma complet, pouls lent, phénomènes de paralysie et d'excitation unilatéraux, parésie du facial, des extrémités du côté gauche : le bras et la jambe sont agités de secousses et exécutent

parfois des mouvements coordonnés; les globes oculaires, tournés à droite à l'état de repos, sont entraînés à gauche par des secousses rappelant le *nystagmus*. Le douzième jour, au coma succède un état de somnolence, de la tachycardie (80-100); des phénomènes d'excitation et de parésie se produisent dans la moitié droite du corps ptosis double plus accentué à droite, parésie accentuée au facial droit, secousses et mouvements des membres droits. Perte de connaissance le soir. Le treizième jour, amélioration : le malade reprend conscience; céphalée. Objectivement : parésie faciale gauche, divergence des globes oculaires, grincement des dents, qui disparaissent rapidement. Guérison complète en quatre semaines; deux ans après celle-ci se maintenait.

Le diagnostic et le pronostic de ce cas ont présenté des difficultés. Fallait-il incriminer la commotion cérébrale? Mais les symptômes de celle-ci suivent immédiatement le traumatisme; on observe des vomissements (qui ont fait défaut dans le cas en question); les convulsions sont rares; enfin le manque d'une période secondaire d'excitation n'est pas en faveur de la commotion. Y a-t-il eu un foyer hémorragique au niveau de la blessure, foyer qui aurait comprimé le cerveau et dont l'extension graduelle aurait provoqué les phénomènes convulsifs par suite d'une excitation *généralisée* de l'écorce (car le siège du trauma et la bilatéralité des convulsions portent contre l'hypothèse d'un foyer localisé au niveau de la zone excitable)? L'apparition subite des accès épileptiques, leur disparition non moins brusque, vont cependant contre l'hypothèse d'une lésion organique. D'autre part, les accidents comateux qui suivirent, à quelques jours de distance, les convulsions appuient le diagnostic de compression cérébrale, que la fugacité des symptômes, l'absence de vomissements et de ralentissement de la respiration ne permettent pas d'admettre sans réserve. Les mêmes raisons doivent faire écarter l'hypothèse d'une méningite, celle d'une encéphalite; il faut leur ajouter l'absence de fièvre. Y a-t-il eu une lésion grave intéressant le lobe frontal, par suite d'une fracture de la table interne du frontal; mais comment expliquer l'apparition tardive des symptômes?

L'auteur admettrait plus volontiers que les troubles observés ont été le mode de réaction d'un cerveau déjà malade (accès mélancolique) à l'occasion d'un traumatisme cranien. N'y aurait-il pas lieu d'appliquer la même interprétation à nombre de symptômes attribués à la commotion cérébrale ou à la compression?

P. Sérieux.

XII. Un cas d'acromégalie; par le Dr Brissaud. (*Revue neurologique*, 1893.)

Observation d'un cas d'acromégalie conforme au type de la des-

cription de Marie, en ce qui concerne les extrémités. Ce cas réalise la plupart des caractères permettant le diagnostic : hypertrophie des extrémités, de la langue, des muscles des membres ; articulations énormes. Il n'existe cependant ni lordose lombaire, ni scoliose, ni projection du thorax en avant; le cou n'est ni gros, ni raccourci.

Comme dans la plupart des cas étudiés par Marie, les symptômes de dépression sont intermittents. E. B.

XIII. De la suture osseuse dans les fractures fermées de la clavicule avec lésion du plexus brachial ; par les Drs Chipault et A. Chipault. (*Revue neurologique*, juillet 1894.)

Les deux observations publiées dans ce mémoire sont des exemples très nets de lésion du plexus brachial par fracture de la clavicule. Cette complication est rare puisque les auteurs n'ont pu en réunir que 21 cas parmi lesquels on peut distinguer plusieurs variétés pathogéniques : 1° lésions immédiates du plexus brachial soit par contusion simple, soit par le fragment externe dans les fractures simples, ou par les esquilles dans les fractures comminutives; 2° lésions secondaires précoces par excès d'épanchement séro-sanguin dans le foyer de la fracture; 3° lésions secondaires tardives par cal vicieux ou par pseudarthrose avec compression du plexus par le fragment externe, lors des mouvements du bras.

Dans la première observation, il s'agissait de lésion immédiate par esquille; chez l'autre de lésion tardive par cal hypertrophique.

Le pronostic des lésions du plexus brachial par fracture fermée de la clavicule est sérieux, car elles conduisent à l'impotence fonctionnelle du membre, sans compter la possibilité de douleurs, de névrite ascendante.

Ce pronostic ne peut être amélioré que par une intervention chirurgicale ayant pour but d'enlever l'esquille ou de réséquer le cal vicieux et se terminant par la suture des fragments.

Toutes les opérations de ce genre faites jusqu'à ce jour ont donné des résultats parfaits. Au début, on ne doit pas perdre son temps avec un traitement électrique qui ne devient utile qu'après l'ablation chirurgicale de la lésion. E. B.

XIV. Contribution a la pathogénie des arthropathies neuro-spinales; par M. Marinesco. (*Revue neurologique*, juillet 1894.)

Les conclusions qui se dégagent de ce travail sont les suivantes: 1° le substratum anatomique des lésions nerveuses des arthropathies neuro-spinales est l'altération des nerfs centripètes, sur quelque point de leur trajet que ce soit (filets articulaires, troncs nerveux, cordons postérieurs); — 2° ce sont les fibres centripètes

affectées à la transmission des sensations tactiles, douloureuses et thermiques qui jouent le plus grand rôle dans ces troubles trophiques articulaires; — 3° le mécanisme par lequel ils se produisent est un mécanisme réflexe ayant pour point de départ les nerfs articulaires centripètes, qui agissent par l'intermédiaire des centres vaso-moteurs et des fibres vaso-motrices sur la surface ostéo-articulaire ; — 4° s'il s'agit seulement d'une insuffisance d'excitation sensitive, on aura plutôt la forme atrophique. S'il s'y ajoute un mécanisme de compensation par les fibres restées intactes, on aura en plus des phénomènes d'hypertrophie. Il est entendu que le siège des arthropathies et d'autres conditions anatomiques que nous ignorons peuvent jouer un certain rôle dans leur production; — 5° Les arthropathies des hémiplégiques ne sont pas, pour l'auteur, des arthropathies trophiques directes. Elles sont déterminées par l'influence médiate du système nerveux central (troubles vaso-moteurs, etc.) combinée à l'influence immédiate des agents pathogènes (microbes, etc.). Les symptômes et les lésions anatomiques sont, du reste, différents de ceux des arthropathies neuro-spinales.

E. Blin.

XV. Accidents cérébraux dans le cours de la blennorrhagie; par le professeur Pitres. (*Revue neurologique*, août 1894.)

L'auteur eut l'occasion de recueillir en 1886 deux observations dans lesquelles des ictus apoplectiques suivis d'hémiplégies sont survenus chez des sujets atteints de blennorrhagie aiguë. Il se demanda s'il n'y avait pas eu, dans ces deux cas, un rapport de cause à effet entre la blennorrhagie primitive et les accidents cérébraux qui l'avaient suivie d'autant plus que l'un au moins des deux malades était à un âge et dans des conditions générales de santé qui rendaient très difficile l'explication de son hémiplégie par les causes habituelles de ce syndrome.

Depuis ce temps, M. Pitres n'avait rencontré aucun fait nouveau de nature à étayer cette hypothèse. Or, dans une communication faite le 21 janvier dernier à la Société de Neurologie de Moscou, M. Tambourer vient de relater le cas d'un homme de vingt-cinq ans qui, dans le cours d'une blennorrhagie chronique durant depuis trois ans, fut brusquement frappé d'une attaque d'apoplexie mortelle : M. Tambourer attribue à une embolie gonococcique les accidents cérébraux qui ont entraîné la mort de son malade.

Si les observations d'hémiplégies co-blennorrhagiques venaient à se multiplier, il faudrait bien en tenir compte. On sait depuis quelque temps que la myélite doit figurer au nombre des complications éventuelles de la blennorrhagie : il n'y aurait rien de surprenant à ce que le cerveau n'échappât pas à son influence nocive.

E. B.

XVI. Polynévrite récidivante, envahissement des nerfs craniens et diplégie faciale ; par le Dr Targowla. (*Revue neurologique*, août 1894.)

L'intéressante observation publiée par l'auteur est un cas de polynévrite à rechutes très espacées chez une femme de trente-neuf ans dans les antécédents de laquelle aucune influence étiologique n'a pu être relevée : ni alcoolisme, ni saturnisme, ni maladie infectieuse. Les quatre symptômes cardinaux de la névrite se rencontrent chez la malade : douleur, paralysie, atrophie musculaire, troubles trophiques. La première atteinte a eu lieu en 1874; la seconde en 1882; la troisième en 1893. La malade a pu reprendre le travail après chaque accès de névrite. Actuellement l'affection est à l'état chronique : les symptômes moteurs prédominent; plusieurs muscles présentent de la réaction de dégénérescence. Le pronostic des polynévrites doit être réservé. En effet, dans le cas de M. Targowla comme dans les deux observations de polynévrite à rechutes citées par Eichhorst, la durée de la maladie a augmenté avec la répétition des rechutes : la première atteinte occasionna un arrêt de travail de cinq mois, la seconde de sept mois et la troisième dure depuis dix mois; la malade ne recouvre ses mouvements que très lentement, malgré le repos complet, le régime tonique et le traitement électrique. E. B.

XVII. Sur deux cas familiaux d'hérédo-ataxie cérébelleuse ; par M. P. Londe. (*Revue neurologique*, sept. 1894.)

L'auteur rapporte deux nouveaux cas familiaux d'hérédo-ataxie cérébelleuse, cas qui se rapprochent beaucoup de celui qu'il a déjà publié avec M. Brissaud, dans la *Revue neurologique* (n° 5, 1894). Il s'agit du frère et de la sœur atteints de cette maladie exactement au même âge, vingt-six ans, et de la même façon. Au point de vue clinique, il y a une grande similitude de symptômes entre l'hérédo-ataxie cérébelleuse et la maladie de Freidreich : l'une et l'autre sont surtout une maladie de l'équilibration générale. Et cependant la différence est capitale entre les deux, au point de vue des lésions : alors qu'on trouve, dans toutes les autopsies de maladie de Friedreich, des lésions dégénératives très étendues intéressant le cordon de Burdach, le cordon de Goll, le faisceau cérébelleux direct, le faisceau pyramidal croisé et les cellules de Clarke, on n'a trouvé, dans les deux seules autopsies d'hérédo-ataxie cérébelleuse qui aient été faites, que de l'atrophie du cervelet, l'organe de l'équilibration, et dans un cas seulement une atrophie de la moelle sans lésions dégénératives.

Pourtant, comment expliquer l'analogie du tableau clinique ? le cervelet est-il touché dans la maladie de Friedreich ? Ce qui est

certain, c'est qu'il n'est pas toujours indemne et il est impossible de se refuser à admettre que si le cervelet n'est pas toujours lésé, du moins il est toujours troublé dans son fonctionnement. Cette considération permet de comprendre dans leur ensemble la maladie de Friedreich et l'hérédo-ataxie cérébelleuse comme une maladie de la fonction de l'équilibration.

Les mêmes troubles de l'équilibration qui les caractérisent seraient dus à la dégénérescence d'un système cérébello-médullaire encore imparfaitement connu : dans la maladie de Friedreich, le système cérébello-médullaire serait touché dans sa partie médullaire surtout ou exclusivement; dans l'hérédo-ataxie cérébelleuse, le même système ne serait atteint que dans la portion cérébelleuse. Il resterait à se demander pourquoi dans le même système organique c'est tantôt une partie, tantôt l'autre qui dégénère.

E. B.

XVIII. Névrite périphérique consécutive a l'influenza; par le Dr Rutherford Macphail. (*American journal of insanity*, 1894.)

Les rapports de l'influenza avec les affections nerveuses ont été l'objet, au cours de ces dernières années, de nombreuses communications et la névralgie du trijumeau, la céphalalgie, l'insomnie, la perte de la mémoire, des crises épileptiformes, la folie, etc., ont été signalées comme consécutives à l'influenza. Au cours d'une épidémie d'influenza dans un asile, l'auteur a pu recueillir quatre cas de névrite périphérique immédiatement consécutive à un accès d'influenza. La névrite périphérique se développe fréquemment après des maladies aiguës telles que la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique, la diphtérie : il n'y a donc rien d'irrationnel à supposer, bien que ce fait n'ait pas été relaté jusqu'à présent, que le poison de l'influenza ait un pouvoir toxique suffisant pour déterminer de la névrite périphérique. E. B.

XIX. Neuratrophie et neurasthénie; par le Dr Hughes. (*The alienist and neurologist*, avril 1894.)

La neurasthénie n'est que l'expression fonctionnelle de la neuratrophie générale, de la débilité générale du système nerveux central. A cet égard, le mot de Cullen n'est pas très loin de la vérité que « toute maladie est une sorte de maladie nerveuse ». Et de fait, le système nerveux est plus ou moins atteint dans toutes les maladies et en soignant les maladies du système nerveux, nous recherchons et portons remède aux symptômes morbides généraux, si bien qu'en ce sens tous les médecins sont des neurologistes et en même temps des praticiens en général, quelque limité que puisse être le champ de leurs travaux. E. B.

XX. Contribution a l'étude de l'aphasie; par O. Hebold. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, L. 3. 4.)

L'auteur en distingue trois formes à localisation (Wernicke, 1874): 1° l'*aphasie motrice*, par la suppression d'images représentatives des mouvements nécessaires à la parole (Broca) : lésion à la partie postérieure de la troisième frontale gauche; 2° l'*aphasie sensorielle* impossibilité à comprendre ce qu'on entend, le malade ayant encore à son service une assez riche provision de mots (Wernicke) : lésion de la première temporale gauche; 3° l'*aphasie de conductibilité* dans laquelle le choix de mots propres est troublé mais le malade comprend tout (Wernicke) : lésion de la région de l'insula. Plus tard Wernicke et Lichthein ont imaginé un schéma d'après lequel il y a sept formes d'aphasie, les deux espèces motrice et sensorielle se décomposant en variétés subcorticale, corticale, transcorticale. Malheureusement pour chacune de ces formes théoriques la localisation effective (anatomique) manque.

Voici une observation caractérisée par l'absence totale d'aphasie : la malade, droitière, a eu quelques attaques convulsives et épileptiformes; débile, elle a une élocution difficile mais n'est pas aphasique. A l'*autopsie* on trouve un gros foyer de ramollissement de la substance blanche de la région de Broca (écorce indemne) et un ramollissement du volume d'un pois dans le segment postérieur de l'insula.

Voici une autre observation. Une lésion destructive occupe le lobe temporal gauche; il y avait aphasie totale, surdité verbale, une perte complète des conceptions représentatives de la parole, chez un paralytique général (?); le lobe temporal gauche est complètement ramolli de même qu'une petite partie de l'extrémité postérieure de l'insula. L'étude critique des malades et des lésions montre qu'il s'agit de cas non classés, *nec plura*. P. Keraval.

XXI. Contribution casuistique au diagnostic d'affections cérébrospinales a hémiparésie spasmodique des extrémités; par G. Hirsch. (*Arch. de Psychiat.*, XXV, 3.)

Femme de cinquante-huit ans. Parésie spasmodique des extrémités avec rémission de deux ans. Pas d'atrophie musculaire; pas de réaction dégénérative, pas de tremblement intentionnel. En juillet 1891 attaque apoplectiforme sans autre conséquence. Le 7 août, accès de spasmes toniques dans les extrémités droites et le facial droit. Troubles fréquents de la circulation et de la température. Affaiblissement intellectuel. En décembre 1891 paralysie flasque, y compris les membres du côté gauche. Elle meurt de pneumonie à la fin de l'année. — *Autopsie.* Foyers de ramollissement anciens dans le corps strié gauche et la capsule interne du même côté. Dans la

moelle, complète sclérose du cordon latéro-pyramidal gauche et des cordons antérieurs et postérieurs. En résumé, lésions diffuses d'origine sénile ayant provoqué des syndromes mobiles et complexes.

P. K.

XXII. Présentation de cranes montrant l'influence du crétinisme sur la forme des cavités nasales; par Harrison Allen. (*The New-York Medical Journal*, 2 février 1895.)

Le fait anatomique sur lequel l'auteur veut appeler l'attention est l'élargissement des arrière-narines; mais les crânes qu'il présente sont au nombre de deux seulement et l'influence qu'il signale demanderait à être confirmée par des faits plus nombreux.

R. M. C.

XXIII. Glio-sarcome intéressant les deux couches optiques; par Charles-E. Nammack. (*The New-York Medical Journal*, 16 février 1895.)

Il s'agit d'un homme de vingt-trois ans, apporté à l'hôpital en état de coma, et dont on ne sait rien si ce n'est que depuis trois jours il a eu de la céphalalgie et de la diarrhée. — A son entrée, il est pâle, émacié; la langue est brune, sèche, fendillée. Râles humides dans les poumons, rien au cœur. L'urine obtenue par le cathétérisme contient un peu d'albumine. A droite, paralysie motrice, sensibilité conservée. Mort au bout de six jours par pneumonie droite.

L'examen du cerveau montre, une fois le corps calleux enlevé, une tumeur grisâtre, molle, unie, qui remplit complètement le troisième ventricule et l'aqueduc de Sylvius et qui fait corps, de chaque côté, avec chacune des couches optiques de façon à jeter entre elles un pont qui est de niveau avec leur surface supérieure. La tumeur mesure 6 centimètres dans le sens antéro-postérieur, 3 dans le sens transversal et 2 dans le sens vertical. Les coupes pratiquées montrent que la tumeur est un glio-sarcome très vasculaire. Il a été impossible de déterminer le lieu initial du développement de ce gliome.

R. de Musgrave Clay.

XXIV. Les arthropathies de l'ataxie locomotrice; par Parker Syms. (*The New-York Medical Journal*, 19 janvier 1895.)

Parmi les diverses hypothèses proposées pour expliquer la production des arthropathies d'origine nerveuse centrale, et particulièrement des arthropathies de l'ataxie locomotrice, l'auteur admet de préférence celle qui invoque un traumatisme portant sur une articulation dont les nerfs sont déjà en état de dégénérescence. L'observation de faits récents l'a conduit simplement à reproduire

et à maintenir les conclusions suivantes, formulées par lui il y a six ans :

1° Les arthropathies qui surviennent au cours de l'ataxie locomotrice constituent une maladie spéciale placée sous la dépendance du tabes dorsalis; 2° elles sont dues à des troubles trophiques; 3° elles constituent des lésions de dégénérescence et non des lésions inflammatoires; 4° la syphilis n'est pas un facteur nécessaire dans la production de l'ataxie locomotrice; 5° dans certains cas, la résection de l'articulation malade peut être indiquée. R. M. C.

XXV. Myxœdème; par J.-A. Wessinger. (*The New-York Medical Journal*, 28 juillet 1894.)

Observation d'un cas de myxœdème datant de cinq ans et survenu chez une femme de quarante-cinq ans. Sous l'influence d'un traitement tonique, et d'une dose de cinq grains (30 centigrammes) de poudre desséchée de corps thyroïde administrée à chacun des repas, une amélioration tellement notable qu'on pourrait presque la qualifier de guérison a été obtenue dans un délai de six semaines. — L'auteur a fait suivre cette observation d'un résumé historique du traitement du myxœdème, en s'attachant spécialement à l'histoire des divers modes sous lesquels on a employé les préparations thyroïdiennes ou même la glande thyroïdienne en nature. R. M. C.

XXVI. Névralgie du grand nerf occipital accompagnée de symptômes d'une lésion destructive du sympathique cervical; par Alexander-B. Johnson. (*The New-York Medical Journal*, 5 mai 1894.)

L'observation de ce cas intéressant peut se résumer ainsi : Homme de soixante ans, conducteur de chemin de fer : pas de syphilis, pas d'alcoolisme; paludisme il y a trente ans; pas de rhumatismes, pas d'athérome artériel. Cœur et poumons sains. Cet homme ressent depuis trois ans, au côté droit de la tête, des souffrances qui l'empêchent de faire son service, et qui se sont manifestées pour la première fois un jour qu'il avait pris froid dans un train. Les douleurs sont vives, le plus souvent paroxystiques; elle partent d'un point situé à environ deux pouces en arrière du lobule de l'oreille droite, et s'irradient en haut et en arrière; elles disparaissent quelquefois pendant quelques heures ou un jour, pour reparaître ensuite pendant des semaines consécutives, la région est en outre douloureuse à la pression. Le malade voit mal de l'œil droit, surtout si les objets qu'il regarde sont élevés ; l'œil droit pleure. La paupière supérieure droite tombe de façon à recouvrir presque entièrement la pupille, tandis que la paupière inférieure est relevée de façon à rétrécir symétriquement la fente

palpébrale. La pupille droite est contractée et ne réagit pas. Pas de paralysie de la face. On diagnostique une lésion du sympathique cervical, et une opération est proposée et acceptée par le malade qu'aucun traitement n'a réussi à soulager. On fait une incision de trois pouces et demi de longueur le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien droit et commençant juste au-dessous de l'apophyse mastoïde, on écarte le muscle et la jugulaire, on soulève la carotide interne et on va à la recherche du ganglion cervical supérieur; on le rencontre enfermé dans la gaine de la carotide interne à laquelle il paraît adhérer; on rompt les adhérences et on met à nu le ganglion et le tronc nerveux sur une étendue de deux pouces : ni l'un ni l'autre ne présentent de lésion ni d'anomalie. On referme la plaie qui guérit parfaitement et promptement. Immédiatement après l'opération les douleurs disparaissent, ainsi que tous les autres symptômes qui ont été signalés plus haut. Malheureusement cet état satisfaisant n'a duré que six semaines, au bout desquelles les douleurs ont reparu avec la même intensité qu'autrefois.

Dans ces conditions, l'auteur estime qu'on est autorisé à supposer — en s'appuyant sur les données de physiologie pathologique fournies par plusieurs auteurs — que les symptômes observés se rattachaient à une lésion peu étendue, mais destructive, de la moelle, lésion dont il est, dans l'état actuel de la science, impossible de préciser le siège. Il renonce à expliquer, autrement que par l'hypothèse de l'intensité de l'impression périphérique opératoire, l'amélioration d'un mois et demi qui a succédé à l'intervention chirurgicale. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXVII. PARALYSIE BILATÉRALE DU NERF FACIAL; par le Dr MONJOUSHKO.

Dans un premier cas, la diplégie faciale paraît avoir eu une origine spécifique et céda à un traitement général accompagné d'un traitement local de la paralysie.

Le second cas a trait à une paralysie bilatérale complète du facial à forme douloureuse, due probablement à une périnévrite de cause inconnue : pas d'antécédents héréditaires ou personnels. (*Thè alienist and neurologist*, janvier 1895.) E. B.

XXVIII. SUR UNE VARIÉTÉ PARTICULIÈRE DE PARALYSIE ALTERNE; par le professeur RAYMOND.

Parmi les nombreuses variétés de paralysies alternes, il en est deux qui ont jusqu'ici attiré l'attention des observateurs. L'une, connue sous le nom de syndrome Millard-Gübler, est caractérisée par une hémiplégie d'un côté du corps, coexistant avec une paralysie faciale périphérique de l'autre côté. Une seconde variété,

désignée sous le nom de syndrome de Weber, est caractérisée par une hémiplégie commune, coexistant avec une paralysie de la troisième paire, du côté opposé, c'est-à-dire du nerf moteur oculaire commun.

M. le professeur Raymond montre un exemple d'une variété rare de paralysie alterne : il s'agit d'un cas d'hémiplégie droite, coexistant avec une paralysie du moteur oculaire externe gauche.

Pour qu'une lésion unilatérale produise une hémiplégie vulgaire, coexistant avec la paralysie de l'abducens du côté opposé, elle doit répondre à l'une des deux localisations suivantes : ou bien siéger en dehors du mésocéphale, à la base de l'isthme, de manière à intéresser la sixième paire d'une part, et, d'autre part, le faisceau pyramidal avant l'entre-croisement du faisceau géniculé ; ou bien siéger dans l'épaisseur de la portion bulbo-protubérantielle du mésocéphale. M. Raymond considère la première de ces hypothèses comme plus vraisemblable.

Chez la malade qui fait l'objet de cette lecon, la lésion paraît devoir être due à la syphilis acquise. Or, comme la base de la protubérance est un lieu d'action des infiltrations gommeuses, il suffirait qu'une pareille lésion entourât le tronc nerveux de la sixième paire en comprimant ou altérant les faisceaux pyramidal et géniculé avant leur entre-croisement, pour déterminer le syndrome alterne en question. (*Revue neurologique*, avril 1895.)

E. B.

XXIX. Hypertrophie de la glande pituitaire et acromégalie. Gygantisme et acromégalie ; par le Dr Massalongo.

L'auteur rappelle qu'il a énoncé avant tout autre et trois ans avant la communication du professeur Tamburini au *Congrès International de Rome*, ainsi qu'avant l'article de MM. Brissaud et Meige dans le *Journal de Médecine et de chirurgie pratiques* de Paris, les conceptions nouvelles sur la pathogenèse de la maladie de Marie de même que sur les relations nosographiques intimes entre l'acromégalie et le gigantisme : la conclusion de ses publications était la suivante : « l'acromégalie n'est autre chose qu'un gigantisme tardif anormal. » (*Revue neurologique*, avril 1895.) E. B.

XXX. Note sur une épidémie de borborygmes ; par le Dr Féré.

Dans le domaine de la neuropathologie, c'est surtout chez les hystériques que les borborygmes sont communs. Le principal caractère des borborygmes hystériques est d'être rythmiques, le rythme étant en général sous la dépendance des mouvements respiratoires, l'immobilité du thorax les suspend.

La nature hystérique de ces borborygmes se déduit de leurs associations symptomatiques.

Les faits sur lesquels l'auteur appelle l'attention semblent mettre en lumière le rôle de la contagion dans leur étiologie.

En effet, sur neuf personnes travaillant dans un même atelier de couture, cinq d'entre elles, présentant des phénomènes hystériques plus ou moins marqués, sont atteintes de borborygmes hystériques; les quatre personnes qui ont échappé à la contagion sont exemptes de troubles hystériques d'une autre forme. (*Revue neurologique*, mai 1895.) E. B.

XXXI. Hémianopsie avec hallucinations dans la partie abolie du champ de la vision; par le Dr Lamy.

La superposition des hallucinations visuelles à certaines hémianopsies est un phénomène rare, car la littérature médicale n'en renferme qu'un petit nombre de cas.

De l'observation intéressante qu'il en a recueillie et des quelques cas publiés, l'auteur tire les conclusions suivantes : certaines hémianopsies d'origine corticale s'accompagnent d'hallucinations visuelles dans la partie du champ de la vision dont la fonction est abolie. Ces hallucinations, ordinairement très précises et uniformes, ne s'accompagnent, dans la règle, d'aucune idée délirante et constituent un trouble psychique isolé : elles peuvent se manifester sous la forme clinique d'une épilepsie sensorielle surajoutée à une hémianopsie permanente.

Il s'agit, sans nul doute, d'un phénomène d'excitation ayant pour siège la sphère visuelle du lobe occipital, comparable aux phénomènes d'excitation motrice de l'épilepsie jacksonienne, et lié à la présence d'une altération localisée de la substance corticale. (*Revue neurologique*, mars 1895.) E. B.

XXXII. Un cas d'abcès de la moelle; par le professeur Homen.

A part les infiltrations purulentes de la moelle dues aux traumatismes, la littérature médicale ne contient que trois cas certains d'abcès de la moelle, en dehors du cas très intéressant décrit par l'auteur.

Après deux jours de vives douleurs dans les jambes, la jambe gauche du malade est subitement paralysée et insensible; le lendemain c'est le tour de la jambe droite.

Anesthésie complète des membres inférieurs et de la moitié inférieure du tronc; un certain degré d'ataxie dans les mouvements des membres supérieurs; troubles de la miction et de la défécation, élévation de la température, foyer de broncho-pneumonie du côté gauche. Mort six jours après le commencement de la paralysie du côté gauche.

L'abcès était complètement isolé à l'intérieur de la moelle dont les enveloppes étaient intactes, à l'exception d'une légère infiltra-

tion de la pie-mère et de l'arachnoïde aux endroits où le foyer purulent touchait à la périphérie.

L'abcès s'étendait du quatrième segment cervical jusqu'au sixième segment dorsal : il occupait en général les parties postérieures centrales, et atteignait sa plus grande largeur dans la partie inférieure du quatrième segment dorsal où il avait envahi aussi le cordon latéral gauche presque tout entier et le cordon latéral droit. (*Revue neurologique*, février 1895.) E. B.

XXXIII. Classification des chorées arythmiques; par le Dr Lannois.

L'auteur divise les chorées arythmiques en trois groupes, laissant de côté la chorée hystérique, qu'elle soit ou non rythmique : 1° la chorée de Sydenham et ses formes; *a.* chorée vulgaire; *b.* chorée molle; *c.* chorée de la grossesse; *d.* chorée des vieillards. En général dans ce groupe, la marche n'est pas progressive et la guérison peut survenir. 2° Dans les faits qui constituent le second groupe, la maladie est au contraire nettement progressive et incurable, ce sont les chorées chroniques progressives : *a*, chorée héréditaire ou de Huntington ; *b*, chorée chronique progressive sans hérédité similaire; 3° chorées symptomatiques de grosses lésions, tumeurs, ramollissements, embolies, etc. : *a.* hémichorée et hémiathéthose ; *b.* chorées généralisées, dans certains cas de lésions étendues du cerveau, par exemple dans la paralysie générale ; *c.* chorée congénitale et athétose double. (*Revue neurologique*, février 1895.)
E. B.

XXXIV. Contribution a l'étude de la forme familiale de la paraplégie spasmodique spinale; par le Dr Souques.

L'auteur a pu observer chez deux enfants, le frère et la sœur, une paraplégie spasmodique typique caractérisée par une rigidité pure et simple des membres inférieurs, accompagnée d'exaltation des réflexes rotuliens et de clonus des pieds ; les troubles sensitivo-sensoriels, trophiques, électriques, vésico-rectaux, cérébraux, etc., font défaut ; la motilité est intacte aux membres supérieurs et à la face.

Après discussion des diverses hypothèses, l'auteur estime qu'il s'agit ici de la paralysie spasmodique de Erb, c'est-à-dire du tabes dorsal spasmodique de Charcot.

Les considérations cliniques et anatomiques tirées des cas de Krafft Ebing et de Strumpell ainsi que de ces deux cas conduisent à admettre l'existence d'une maladie caractérisée cliniquement par une paraplégie spasmodique et anatomiquement par une sclérose systématique primitive des faisceaux pyramidaux, soit isolée, soit plutôt combinée avec la dégénération des cordons de Goll et des faisceaux cérébelleux décrits : c'est l'ancien tabes dorsal spasmo-

dique de Charcot, un instant condamné et auquel on tend à revenir. Les travaux récents ont mis en lumière la fréquence de son caractère familial ou héréditaire.

Quant à la cause de cette sclérose systématique, il est permis, dans certains cas, de songer à une influence toxique ou infectieuse et particulièrement à la syphilis. Mais cette influence pathogénique de la syphilis ne suffit pas à l'interprétation des cas héréditaires et familiaux : il semble dans ces cas indispensable de faire intervenir la fragilité héréditaire d'un territoire nerveux et la maladie infectieuse ne fait qu'accélérer la dégénération systématique. (*Revue neurologique*, janvier 1895.) E. B.

XXXV. Observation d'un cas de dualité cérébrale; par Lewis Bruce. (*Brain*, part. LXIX, 1895, p. 54.)

Homme de quarante-sept ans présentant des symptômes de mélancolie avec stupeur, et périodes alternantes d'excitation et d'abattement. On constate chez lui deux états, l'un dans lequel il parle gallois et se souvient de ce qu'il faisait au pays de Galles, l'autre où il parle anglais et ne se souvient que de ce qui se rapporte à ce qu'il a fait dans ce pays. Ecriture en miroir. Dans le premier état il est gaucher, dans le second il est droitier. Variations du caractère et de la sensibilité générale et des sens spéciaux dans les deux états. P. S.

XXXVI. Sur les troubles de la sensation et principalement la douleur dans les affections viscérales; par Henry Head. (*Brain*, part. LXVII, 1894, p. 339.)

Dans un article précédent l'auteur a établi que les affections viscérales produisaient de la douleur dans certains points à la surface du corps et que cette douleur était fréquemment accompagnée par des accès plus ou moins définis de sensibilité superficielle. Il n'avait considéré ces phénomènes qu'au-dessous du cou. Aujourd'hui il les étudie dans la tête et le cou et montre les points suivants : 1° chaque organe de la tête est en relation avec une ou plusieurs zones superficielles, tels sont le nez, l'œil, etc., etc., et le cerveau lui-même; 2° les zones n'ont pas pour la plupart une étendue qu'on puisse apprécier cliniquement; 3° les résultats produits par la destruction des différentes branches du trijumeau montrent que les zones de sensibilité ne correspondent pas à leur distribution; 4° comme dans le reste du corps les cavités séreuses et les tissus superficiels ne produisent pas une douleur réflexe à distance, mais locale; 5° les phénomènes de vraie migraine sont examinés et l'auteur démontre qu'il n'y a aucune relation entre elle et les phénomènes de douleur réflexe; 6° l'auteur se propose

de montrer que les affections des viscères thoraciques et abdominaux ne produisent pas seulement de la douleur et de la sensibilité dans le corps, mais encore sur certaines parties du cuir chevelu; 7° il cherche enfin à localiser les connexions centrales de ces zones avec le système nerveux.

Nous ne pouvons entrer ici dans le détail des nombreux cas rapportés dans ce long travail. Le sujet est intéressant et paraît préoccuper assez les médecins anglais pour que de nouvelles recherches soient faites, soit pour confirmer, soit pour infirmer les faits avancés par l'auteur et en chercher le mécanisme.

P. Sollier.

XXXVII. L'anesthésie localisée comme guide dans le diagnostic des lésions de la partie supérieure de la moelle; par Allen Starr. (*Brain*, part. LXVII, 1894, p. 481.)

L'auteur, s'appuyant sur neuf cas de lésions localisées à des niveaux différents de la moelle, arrive à établir, en combinant les différents diagrammes donnés par les auteurs pour les zones anesthésiées dans des cas analogues, un diagramme schématique des zones cutanées du bras qui sont en rapport avec les différents segments de la moelle entre la seconde paire dorsale et la quatrième cervicale. Ces zones se présentent sous forme de bandes longitudinales plus ou moins étroites de l'épaule au bout des doigts et se différencient nettement des anesthésies hystériques d'une part et de celles produites par des lésions des troncs ou branches nerveux. D'accord avec Mme Déjerine Klumpke, il remarque que les lésions de la partie inférieure de la région cervicale de la moelle produisent un certain nombre de symptômes dus à une lésion du centre cilio-spinal. Ces faits servent en outre à mettre en évidence la localisation des fonctions motrices de la moelle.

P. S.

XXXVIII. Traumatisme suivi de phénomènes rares du côté du système nerveux; par le Dr Harvey.

Cas d'hystéro-traumatisme chez un garçon de quatorze ans dont la mère est hystérique, en même temps que le père et la mère sont cousins germains.

Ce garçon était placé sur un wagon chargé de tonneaux vides, lorsque ce wagon fut bousculé par un train et l'enfant roula par terre au milieu des tonneaux vides. Amené à l'hôpital, on ne lui trouve aucune blessure du côté des membres ou de la poitrine, mais tout le côté gauche est contracturé, les membres étant en flexion et la tête tournée fortement vers la gauche; il existe une aphasie complète et tout le côté gauche est hyperesthésié. Le lendemain, l'aphasie avait disparu et le malade commençait à mou-

voir légèrement la main gauche : l'amélioration s'accentue de jour en jour, et un mois après l'accident le malade sortait, complètement guéri, de l'hôpital. (*Americ. Journ. of insanity*, oct. 1894.) È. BLIN.

XXXIX. CAS DE SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE AVEC DÉGÉNÉRESCENCE DU FAISCEAU PYRAMIDAL DE L'ÉCORCE A LA PÉRIPHÉRIE; par Fred. MOTT. (*Brain*, part. LXIX, 1895, p. 21.)

Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans, qui fut prise un an avant sa mort de faiblesse et d'engourdissement dans la jambe droite, qui allèrent graduellement en augmentant et s'accompagnèrent d'atrophie des muscles et d'exagération des réflexes profonds. L'affection gagna le membre supérieur du même côté, avec atrophie spéciale des éminences thénar et hypothénar et des interosseux. Plus tard la jambe gauche fut atteinte comme la droite, puis le bras gauche et le tronc. Des phénomènes bulbaires et probablement une paralysie du diaphragme terminèrent la scène. L'examen anatomique très soigné a été fait des pièces. Sur les planches qui en sont données, on voit que le processus dégénératif semblait avoir affecté simultanément et progressivement le tractus moteur dans sa totalité, écorce, faisceau pyramidal, cornes antérieures et fibres motrices avec état spasmodique et en même temps atrophie progressive des muscles. Ce cas viendrait donc à l'appui de l'opinion de Leyden et de Gowers opposée à celle de Charcot, sur le rapport qui existe entre la sclérose latérale amyotrophique et l'atrophie musculaire progressive. P. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET DES NEUROLOGISTES [1].

SIXIÈME SESSION : BORDEAUX.

Appendice à la séance du 3 août.

Trois cas d'idiotie myxœdémateuse, traités par l'ingestion thyroïdienne.

M. BOURNEVILLE (de Paris) fait une communication sur trois cas types d'idiotie myxœdémateuse, c'est-à-dire présentant réunis tous

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 103.

les symptômes qui caractérisent cette maladie : épaississement de la peau, des mains, des pieds, de la langue; pseudo-lipomes; nanisme; persistance de la fontanelle antérieure; absence de la glande thyroïde; arrêt complet de la puberté, etc. Il montre les *photographies* de ces malades prises d'année en année.

M. BOURNEVILLE rappelle qu'à la suite de sa communication, en 1889, à l'*Association française*, M. ARNAUD DE LA JASSE lui adressa une lettre dans laquelle il conseillait l'ingestion de la glande thyroïde. Après avoir constaté l'insuccès de la greffe thyroïdienne et essayé en vain les injections sous-cutanées de liquide thyroïdien, l'administration du suc thyroïdien en julep, il a eu recours à l'ingestion de la glande. C'est le résultat de ce mode de traitement qu'il communique.

Les symptômes dus au médicament se sont succédés ainsi : dégonflement des paupières, amaigrissement, élévation de la température rectale qui, au lieu de rester au-dessous de 37°, monte à 38° et au-dessus, tremblement, sueurs profuses remplaçant la sécheresse habituelle de la peau, affaiblissement des jambes, augmentation du tremblement, tachycardie, vomissements, agitation, excitation, diminution du volume de la langue et de la coloration violacée des lèvres, poussée plus rapide des ongles, disparition des croûtes de la tête, desquamation des mains et des pieds, diarrhée au lieu de constipation.

Au point de vue intellectuel, M. Bourneville relève l'excitation, des accès de colère inhabituels, davantage de spontanéité, par périodes marche plus rapide. La voix s'est modifiée quant au timbre et à la tonalité.

Il montre : 1° des *photographies* figurant les trois malades (deux filles et un garçon) de semaine en semaine pendant les deux mois de traitement ; ils sont représentés ensemble et nus, ce qui permet d'apprécier nettement les modifications; 2° des *tracés* indiquant : *a*) la *température rectale* prise, matin et soir, pendant deux mois, son élévation sous l'influence du traitement, son abaissement durant les suspensions; — indiquant : *b*) la diminution et le relèvement du poids dans les mêmes conditions.

Tous les symptômes, en particulier la diminution du poids, l'élévation de la température, la gravité des symptômes et partant la nécessité de la suppression du médicament, ont été très accusés chez la malade de trente ans, moins prononcés chez celle de vingt ans et encore moins chez celle de quatorze ans. La dose a varié d'un lobe à un demi-lobe de glande thyroïde. L'action de la glande thyroïde est donc évidente, et, en raison des accidents, il convient de surveiller l'emploi avec soin afin d'éviter des accidents qui peuvent devenir mortels[1].

[1] Nous publierons ce travail complètement.

M. Ballet fait remarquer qu'expérimentalement les jeunes chiens sont plus sensibles à l'action du corps thyroïde, tandis que les sujets *âgés*, dans les cas de M. Bourneville, paraissent avoir été surtout influencés.

M. Bourneville répond qu'il n'a étudié que trois cas concernant un garçon de trente ans, une fille de vingt ans, et une autre de quatorze ans, et qu'il ne saurait avoir d'opinion ferme à cet égard. Les tracés du poids et de la température montrent que la diminution du poids, l'élévation thermique ont été très prononcés chez le malade de trente ans, moyennement chez la fille de vingt ans, et un peu moins chez la plus jeune. Parallèlement les autres symptômes ont été plus ou moins accusés. Les trois malades myxœdémateux continuent à suivre le traitement; d'autres malades, pour un état polysarcique, ont été mis au même traitement, et bientôt, comme ils sont d'âge différent, nous verrons comment ils se comportent.

Séance du lundi 5 *août* (matin et soir). — Présidence de M. Gilbert, Ballet et Garnier, *vice-présidents*, de M. Joffroy.

Mesure de la toxicité des alcools par les injections intra-veineuses.

M. Paul Sollier (de Paris) décrit une forme d'anorexie mentale, primitive, spéciale, distincte de l'anorexie hystérique et de la dyspepsie nerveuse de Leube. Le pronostic en diffère ainsi que le traitement bien plus délicat. Dans la moitié des cas, la mort survient par cachexie ou tuberculose. L'étiologie est banale, peut-être y a-t-il une influence dégénérative, dominante, initiale? Le refus d'aliment moins fort que dans l'hystérie est plus tenace, l'amaigrissement rapide. L'état mental consiste en apathie aboulique et dégoût de la vie, pas de délire proprement dit, ni de troubles neurasthéniques, ni de troubles sensitivo-sensoriels. Constipation opiniâtre. Marche continue et progressive. Guérison rare.

M. Régis a remarqué plusieurs cas de ce genre qu'il se proposait de réunir sous l'étiquette suivante : « Anorexie des jeunes filles à la puberté. » La puberté serait une cause très importante pour la production de ces états, en faisant intervenir des idées mystiques génitales ou autres. Il cite l'exemple d'une jeune fille qui employa tous les moyens possibles pour arrêter sa menstruation naissante et l'augmentation de ses seins. M. Régis, tout en reconnaissant que ces cas sont graves, ne considère pas le pronostic aussi sombre que l'admet M. Sollier.

M. Charpentier croit voir dans ces cas l'anorexie des hypocondriaques décrite par les anciens auteurs.

M. Tissié (de Bordeaux) présente une étude sur le *traitement de quelques phobies par la gymnastique médicale.* Il s'agit de la peur

qu'éprouvent certains malades à traverser une place, à passer sur un pont, etc., etc. Ne pouvant user tout de suite de la gymnastique, puisque les malades sont dans l'impossibilité de se rendre au gymnase, il commence par les entraîner par la suggestion et les rêves thérapeutiques qu'il provoque. Cette suggestion est renforcée par un parfum qui agit sur l'odorat. Ce procédé nouveau est basé sur la loi de l'association des mémoires. Quand le malade peut se rendre au gymnase, il commence le traitement par la gymnastique.

La dose d'effort à produire doit être calculée sur le coefficient de forces psycho-physiologiques de chaque sujet. Ce coefficient est variable quotidiennement. L'application de la gymnastique chez les nerveux est très délicate, aussi faut-il qu'elle soit appliquée thérapeutiquement. — Discussion avec M. Doutrebente.

M. de Fleury. — *Pathogénie et traitement de la neurasthénie.* — Pour l'auteur, la neurasthénie est caractérisée par une diminution du tonus musculaire et de la sécrétion glandulaire. L'hypotonus se révèle par l'amyosthénie, l'hypotension artérielle, la mollesse de contraction du cœur, l'instabilité des jambes, la maladresse des mains et les troubles digestifs (dilatation d'entéroptose, etc.). Ajoutons la sécheresse cutanée, les asthénies génitales, intestinales, etc. La neurasthénie est donc une maladie du tonus. Le tonus est un réflexe (Broudgeest), il faut donc provoquer ce réflexe par stimulation méthodique, périphérique (frictions, douches, massages, électricité, etc.). La thérapeutique dynamique est donc le traitement le plus rationnel et le plus efficace de l'épuisement nerveux.

M. Devay (de Lyon). — *De la mélancolie chez les syphilitiques.* — Ce travail est basé sur quatre observations. Les malades ont présenté de la mélancolie, soit avec stupeur, soit avec délire hypocondriaque, ou de négation, ils n'ont pas eu de troubles moteurs de la paralysie générale.

La première malade contracte la syphilis en juillet 1893, en mars 1894, elle est atteinte de mélancolie avec obnubilation intellectuelle. Son état général est mauvais. Elle est soumise au traitement mixte. — L'amélioration, soit physique, soit intellectuelle, se produit en quelques mois et se maintient. — La deuxième malade contracte la syphilis et fait plusieurs séjours à l'Antiquaille pour les accidents de sa maladie. — A son dernier séjour, en février 1893, elle est atteinte de mélancolie anxieuse avec tendance à la stupeur et pseudo-catalepsie. Son état s'est maintenu sans modification aucune depuis son admission à l'asile. La troisième malade contracte la syphilis à l'âge de dix-neuf ans. Les troubles mentaux ont apparu vingt ans après et sont caractérisés par de la mélancolie avec idées d'indignité et délire de négation. Elle prétend qu'elle n'a pas de bouche, pas d'estomac, etc. Son état s'est aggravé depuis quelque temps, il marche vers la démence.

La quatrième malade a contracté la syphilis il y a dix ans, et fut atteinte dès les premiers accidents d'hypocondrie, causée par l'ennui d'être atteinte de syphilis. Cet état ne l'empêchait pas d'exercer sa profession de chapelière : mais elle fut atteinte quelque temps de métrite avec douleurs abdominales. Elle prit des injections très chaudes et le délire commença, en même temps que le corps thyroïde s'hypertrophiait légèrement. La malade disait que les injections lui avaient brûlé les intestins, que son boyau était remonté au cou, etc. Entrée en 1888, elle a eu des périodes de mélancolie avec stupeur suivies de rémissions incomplètes de courte durée. A partir de 1890, l'état mental s'est transformé, et actuellement la malade démente est devenue enfantine dans la parole, les gestes, la démarche, etc.

Ces quatre observations se complètent les unes les autres et forment une sorte de gradation dans l'état mélancolique qui aboutit à la démence. Il se différencie de la mélancolie de ce qu'on a appelé pseudo-paralysie générale, par l'absence de troubles moteurs et se rapproche de l'observation suivie d'autopsie et d'examen microscopique publiée par M. le professeur Pierret et son élève Paret. Ces auteurs ont montré que la mélancolie anxieuse peut être infectieuse (dans un cas *grippale*) et due à la localisation dans les cellules cérébrales et les espaces lymphatiques de l'écorce de bacilles. Je considère cette mélancolie syphilitique comme de même nature. Sa connaissance est utile, car le traitement spécifique précoce peut être suivi de guérison, surtout lorsque le trouble intellectuel est contemporain des poussées secondaires. Lorsque la mélancolie apparaît à la période parasyphilitique, son résultat est très douteux.

M. Marinesco. — La *syringomyélie* caractérisée par des troubles de sensibilité et des amyotrophies du type Aran-Duchenne relève de la prolifération progressive du canal épendymaire. A cette prolifération s'ajoute un certain degré de tension dans le canal central, ce qui explique sa dilatation. Le *primum movens* de cette affection n'est pas le bacille de la lèpre, ainsi que l'ont établi MM. Pitres et Sabrazès et ainsi qu'il résulte aussi de nos examens : le bacille de Hansen est absent de la gliose de la moelle. Le point de départ de la syringomyélie secondaire est tantôt en dehors de la moelle, tantôt en dedans de l'axe spinal lui-même, mais en dehors du canal central.

Comme exemple de syringomélie du premier groupe, nous envisagerons les cavités de la pachyméningite cervicale hypertrophique décrite par Charcot et Joffroy. Dans ce cas, les cavités développées dans la substance grise postérieure et antérieure sont secondaires à la compression qu'exerce l'anneau fibreux pachyméningitique sur la moelle épinière. Le tableau clinique diffère de celui de la

syringomyélie primitive, notamment par le fait que la dissociation dite syringomyélique est précédée par des douleurs pseudo-névralgiques. Enfin des tumeurs, ayant pris naissance dans la moelle elle-même comme des sarcomes ou des glio-sarcomes, peuvent retentir par compression ou par tout autre mécanisme sur la substance grise et sur le canal épendymaire et déterminer des cavités syringomyéliques secondaires. Mais, dans ces cas, aux symptômes cliniques de la syringomyélie s'ajoutent des phénomènes insolites comme des troubles paralytiques très intenses et la perversion de la sensibilité tactile.

M. le professeur Roth (de Moscou). — Je tiens à faire deux observations au sujet de la communication intéressante de M. Marinesco : 1° il me semble qu'au point de vue anatomo-pathologique, ce serait faire une véritable confusion que d'appeler syringomyélie primitive les cavités produites par une distension du canal central : il s'agit là d'hydromyélie et cela ne correspond nullement aux faits cliniques que l'on s'accorde à classer sous le nom de syringomyélie. Cette syringomyélie est d'ailleurs secondaire et due au ramollissement de la *névroglie néoplasiée;* 2° quant à la genèse des symptômes cliniques connus sous le nom de dissociation syringomyélique de la sensibilité, elle n'a rien de commun avec la cavité syringomyélique, ainsi que le démontrent les cas dans lesquels on n'observe que de la gliose, sans cavité, des cornes postérieures, et également des cas très nombreux où il y a participation du trijumeau aux troubles de dissociation dite syringomyélique de la sensibilité. Dans les cas de syringomyélie gliomateuse, c'est la gliose de la racine ascendante du trijumeau et non la présence d'une cavité dans le bulbe qui est le substratum anatomique de la thermo-anesthésie et de l'analgésie.

Je dois encore faire remarquer que la dissociation dite syringomyélique, qui se voit souvent dans les autres processus provoquant une compression de la moelle (dans l'hématomyélie de Minor, dans la syringomyélie secondaire, dont les cavités sont creusées en pleine substance blanche, indiquée par M. Marinesco, dans les tumeurs d'ordres divers, dans la pachyméningite dont plusieurs cas ont été rapportés, il y a plus de vingt ans, par M. Rosenthal), dans tous ces faits, dis-je, les conditions anatomiques de la dissociation dite syringomyélique de la sensibilité sont tout autres que dans la gliomatose (avec ou sans cavité syringomyélique). Dans la gliomatose, ce sont les fibres radiculaires qui sont atteintes dans les cornes postérieures et les zones d'anesthésie se trouvent du même côté que la lésion et correspondent aux racines dont les prolongements intra-médullaires sont atteints. Au contraire, dans les autres cas que j'ai énumérés l'anesthésie occupe le côté opposé et se localise symptomatiquement dans la partie inférieure du

corps. C'est l'ensemble des fibres conductrices sensitives de la moelle qui est atteint, après leur entre-croisement, comme dans le syndrome de Brown-Séquard.

M. A. GIRAUD, directeur-médecin de l'asile Saint-Yon. — *De l'appel des jugements correctionnels frappant des individus reconnus aliénés seulement après leur condamnation.* — Il n'est pas rare de recevoir dans les asiles des aliénés transférés de la prison, et dont l'état mental avait été méconnu au moment de leur condamnation. M. Paul Garnier pour la période quinquennale 1886 à 1890 en a relevé 255 cas à Paris ; M. H. Monod pour la même période en a relevé 271 cas en province. Dans la grande majorité des cas ces condamnations sont prononcées par les tribunaux correctionnels, et le plus souvent avec la procédure des flagrants délits. Ces condamnations ne seraient pas prononcées si l'état mental de l'aliéné était reconnu à temps et le malade subit une flétrissure imméritée. On doit s'attacher à effacer cette flétrissure et M. le Dr Giraud rapporte la procédure très simple suivie à Rouen pour faire appel d'un jugement condamnant une vieille démente de soixante-douze ans à trois mois de prison. L'appel fut porté par le procureur général à qui le fait avait été signalé, et la Cour réformant le jugement prononça l'acquittement. Il est à désirer que, dans la nouvelle loi sur les aliénés, des dispositions soient prises pour annuler toutes les condamnations dues à ce que l'état du malade a été méconnu. Ce serait peut-être actuellement possible en vertu de la loi du 8 juin 1895 sur la revision des procès criminels et correctionnels, mais, en tout cas, ce qui vient d'être fait à Rouen pourrait être généralisé pour les condamnations par les tribunaux correctionnels pendant les délais d'appel du procureur général, délais qui, aux termes de l'article 205 du Code d'instruction criminelle, sont de deux mois après la condamnation. Le plus habituellement les aliénés victimes d'une erreur judiciaire sont transférés de la prison à l'asile moins de deux mois après leur condamnation, et la condamnation n'est pas encore définitive, puisqu'elle est susceptible d'appel. A la suite de sa communication, l'auteur émet le vœu suivant, qui est adopté par le Congrès :

« Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes réuni à Bordeaux en 1895 émet le vœu que, par suite d'une entente entre le ministre de l'Intérieur et le ministre de la Justice, les aliénés subissant une condamnation et transférés de prison dans un asile soient mis sous la protection des procureurs généraux qui peuvent, pendant deux mois, déférer les jugements des tribunaux correctionnels à la Cour d'appel.

« Le Congrès émet le vœu que la flétrissure imméritée subie par les aliénés dont l'état menlal a été méconnu au moment de la

condamnation soit effacée par l'appel, ce qui paraît possible dans la majorité des cas. »

M. Doutrebente croit que l'excellente mesure préconisée par M. Giraud pourrait être facilement et rapidement appliquée dans les chefs-lieux d'arrondissement au voisinage desquels existe presque toujours un asile d'aliénés, dont le médecin pourrait faire les expertises hebdomadaires ou journalières réclamées par M. Giraud.

De la paralysie vaso-motrice dans ses rapports avec l'état affectif des paralytiques généraux, par MM. Klippel et Dumas. — I. Les recherches de Piégu (1846), de Chelins, de Buisson, de Fich, de Mosso, de Meynert, de François Franck, de Haillon, etc., ont établi le changement de volume des membres dans les troubles circulatoires ainsi que de la manière d'enregistrer, à l'aide d'appareils spéciaux, la circulation périphérique ;

1° Lorsque à l'aide de l'appareil de F. Franck et Haillon, on étudie sur un tambour de Marrey la circulation capillaire normale d'un doigt, on constate une ligne onduleuse qui répond à l'ondulation physiologique de la circulation capillaire;

2° Si pendant cette pratique on détermine chez le sujet en expérience une douleur (piqûre à la main avec une épingle), on constate la transformation de la ligne *onduleuse* en ligne *droite*. Ceci veut dire que, par l'intermédiaire des vaso-moteurs, la circulation périphérique est modifiée au point de suspendre le graphique circulatoire normal.

II. Ces *deux faits* étant *posés*, il était intéressant de rechercher ce qui se passe dans les mêmes conditions chez le paralytique général. Or voici ce qu'on observe :

Sous l'influence de la douleur provoquée la ligne onduleuse du tracé persiste et ne se transforme pas en ligne droite comme à l'état physiologique. Ainsi donc, contrairement à ce qu'on voit chez un sujet normal, la circulation périphérique enregistrée n'est pas modifiée par la douleur.

De là résulte un fait important qui est *la caractéristique psychophysique* de l'état mental affectif du paralytique général : *la douleur ne provoque pas, chez lui, le réflexe périphérique vaso-moteur.*

Contribution à l'étude du chlorhydrate d'apocodénie; par M. le Dr Toy, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Lyon. — Il résulte de quarante-huit essais faits chez des malades en pleine période d'excitation maniaque (à la dose de 0,02 à 0,06 par les voies digestive et hypodermique) que : 1° l'administration du médicament a toujours diminué l'excitation des malades ; souvent même elle leur a procuré quelques heures de sommeil ; 2° l'ingestion ou l'injection excite le péristaltisme intestinal et a toujours

été suivie d'une selle au moins, souvent deux, quelquefois trois ; 3e dans aucun cas elle n'a été suivie de vomissements. Ces résultats concordent de tous points avec ceux obtenus par M. Guinard chez les animaux.

Myxœdème et goitre simple traités par la médication thyroïdienne, par MM. Taty et Guérin (de Lyon). Nous avons traité par l'ingestion de lobes de corps thyroïde un myxœdémateux de trente-deux ans et une imbécile goitreuse par la thyroïdine de Merck. Les effets obtenus ont été satisfaisants et conformes à ceux décrits par la plupart des auteurs et rappelés avant-hier par M. Bourneville. En rapprochant ces deux cas de l'observation de maladie de Basedow traitée de la même façon et rapportée par nous vendredi, il nous semble permis de penser que le *volume* du corps thyroïde ne signifie rien au point de vue de la tolérance pour la médication thyroïdienne et qu'il faut surtout tenir compte de sa valeur fonctionnelle. C'est cette notion qui nous paraît expliquer les effets en apparence contradictoires de cette médication chez les basedowiens et aussi les effets très différents chez les myxœdémateux dont les uns supportent très bien le médicament tandis que les autres présentent des accidents avec de petites doses.

M. Bérillon (de Paris), dans une communication sur l'*action complémentaire de la suggestion hypnotique dans le traitement de l'ataxie locomotrice*, montre que la suggestion hypnotique peut jouer un rôle important en rompant des habitudes fonctionnelles, en rétablissant des fonctions disparues par une véritable rééducation et surtout en dépistant les syndromes simulateurs qui viennent fréquemment se surajouter aux symptômes des lésions organiques. Elle contribue ainsi à faciliter le traitement en éclairant à la fois le diagnostic et le pronostic.

M. Roubinovitch (de Paris). — *Sur un cas de démence juvénile avec athétose double*. — Les observations relatives à l'athétose sont encore peu nombreuses. Depuis le travail du neuropathologue américain Hammond, qui a donné en 1871 à cette forme convulsive spéciale une place déterminée parmi les autres troubles moteurs, des cas intéressants ont été publiés en Angleterre par Gowers, en France par Charcot, Oulmont, Proust, Landouzy, Grasset, Brousse, Bourneville et Pillet, Richardière, Bloch, Brissaud et Hallion, Mabille, Ballet; en Allemagne par Bernhardt, Leube, Berger, Gnauck, Ewald, Goldstein, Boyer, Kurella; en Russie, par Greidenberg, Konovaloffs, Simonovitch, Blumenan.

Vingt-quatre ans nous séparent de la première communication de Hammond et le nombre total des observations publiées atteint à peine deux cents. Peut-être, voit-on décrire moins souvent l'athétose parce qu'on la confond fréquemment avec la chorée à laquelle elle ressemble un peu en effet. D'ailleurs, dans la plupart des

observations il s'agit de l'hémiathétose consécutive généralement à une hémiplégie.

L'athétose double, plus rare, se développe de préférence d'une façon primitive; jusqu'à présent on l'a observée principalement chez les idiots et les imbéciles. MM. Bourneville[1] et Pillet en ont publié deux exemples très frappants. Dans l'observation qui suit, l'athétose double s'est manifestée chez un individu atteint de démence précoce, à l'âge de quatorze ans.

Observation. — Il s'agit d'un jeune homme R..., âgé actuellement de vingt-cinq ans, originaire de Levallois-Perret (Seine). Voici d'abord quelques renseignements relatifs à l'hérédité. *Ligne paternelle :* le *grand-père* est mort à soixante-dix-huit ans au cours d'une hémiplégie avec aphasie; le *père* est mort subitement à cinquante-six ans; c'était un débauché, un alcoolique qui a été traité pour un accès de délire hypocondriaque. *Ligne maternelle :* la *grand'-mère*, morte à quatre-vingt-deux ans d'une congestion cérébrale, a souffert toute sa vie de migraines. Plusieurs *grands-oncles* sont morts de congestion cérébrale.

Notre malade est né à terme. A sept mois la mère a été émotionnée par un accès de délire de son mari, débauché et alcoolique comme nous venons de le dire. Élevé au sein par une nourrice, sevré à quatorze mois, il a parlé et marché de bonne heure, mais dès les premières années de sa vie il semblait timide et sauvage. Il apprit très facilement à lire et à écrire. A l'âge de neuf ans il contracte la scarlatine et consécutivement une affection cardiaque. Vers la même époque il s'adonne à l'onanisme. Il paraissait très intelligent et donnait des espérances aux professeurs du collège Chaptal à qui il était confié.

A quatorze ans, sans cause apparente, ses facultés intellectuelles faiblissent, il devient, comme dit sa mère, « indolent », oublie tout ce qu'il a appris à l'école. En même temps, on note des mouvements des doigts des deux mains, des épaules et des muscles de la face. La physionomie, d'intelligente qu'elle était, devient petit à petit niaise, puis béate et stupide.

Depuis l'âge de quatorze ans, époque du début de son affection, jusqu'à présent, son état n'a fait que s'affirmer et s'accentuer. Actuellement, au point de vue psychique, il présente un affaiblissement notable de la mémoire. Le brillant élève du collège Chaptal d'autrefois déclare aujourd'hui que deux fois six font trente-six; de plus, au mois de juin il croit être en avril. Il n'a pas de conceptions délirantes. Il est indifférent à tout et il n'a aucune conscience de sa situation.

[1] Une dizaine de nos observations ont été publiées dans les thèses de nos amis Oulmont et Raymond, et dans la thèse plus récente de M. Michalski. Voir aussi l'*Iconogr. photogr. de la Salpêtrière* (1876-1880). (B.)

Physiquement, il se présente ainsi que les photographies ci-jointes le montrent, avec une musculature assez bien développée. La tête est plutôt forte. La région occipitale est aplatie. Les bosses pariétales sont moyennement prononcées. Le front est large, grand, ce qu'on appelle un beau front. Les arcades sourcilières sont saillantes. Voici quelques mesures prises sur le crâne et qui montrent qu'à ce point de vue R... ne présente rien de bien particulier.

Circonférence horizontale.	0m,560
Circonférence d'une oreille à l'autre par le vertex.	0 260
Diamètre occipito-nasal.	0 185
Diamètre bipariétal	0 155
Diamètre bitemporal	0 122

Les oreilles sont très bien ourlées. La face est symétrique aux rares moments de repos. Il n'existe pas d'hémiplégie faciale. La langue n'est pas déviée. Pas de proéminence d'un des os malaires. Le menton est régulier. Dents, au complet et dans un parfait état. Voûte palatine profonde, légèrement ogivale.

L'attitude du corps est inclinée; il existe un certain degré de scoliose par attitude vicieuse prolongée. Pas d'atrophies musculaires, mais la force dans les mains est minime ; en effet, le dynamomètre marque à droite : 13; à gauche : 10.

Dans les doigts des deux mains on constate des mouvements continuels, involontaires, excessivement lents qui consistent en extension, flexion, abduction et adduction poussées en général à des limites extrêmes. Ils se passent le plus souvent dans tous les doigts, mais tandis que certains de ces doigts exécutent des mouvements de flexion, d'autres sont en extension... Ces mouvements changent continuellement de forme ; il y a pourtant des moments où la main garde certains mouvements assez longtemps pour qu'on puisse les photographier... Sous l'influence d'une émotion ils s'exagèrent, deviennent plus fréquents ; malgré toute la volonté du sujet de les arrêter ou de les modifier, ils continuent. J'ai cru remarquer qu'en serrant fortement les doigts en extension on arrive souvent à diminuer les mouvements d'une main. Le poignet participe par moments aux mouvements des doigts; là encore on observe tantôt la flexion, tantôt l'extension.

Le malade ferme souvent la main en poing, mais il éprouve une difficulté assez notable à étendre ensuite les doigts. Quand il veut saisir un objet quelconque, par exemple, une cuillère pour manger, il commence par plier le petit doigt et l'annulaire; ensuite avec de grands efforts il saisit le manche de la cuillère avec l'index et le pouce et la soulève lentement. Quelquefois, avant de saisir la cuillère, les quatre derniers doigts se mettent en extension forcée, puis empoignent le manche de la cuillère, pendant que le pouce se met en extension. A ce moment les muscles de la face ne restent

pas inactifs : des rides profondes se forment tantôt à droite tantôt à gauche du front, le sourcil gauche et le sourcil droit se relèvent, de même, le pli naso-labial s'accentue d'un côté ou de l'autre, ainsi que le montre très nettement une des photographies ci-jointes. Pas de mouvement au niveau des orteils.

Quand R... marche, on constate que cet acte s'accomplit assez difficilement : son tronc est courbé ; la tête est inclinée et le corps dans son ensemble est comme tortillé ; en même temps, il fait continuellement des mouvements avec les muscles de la face et les mains. Quand le malade est debout, il conserve la même attitude. Il est incapable de se tenir sur un seul pied, même les yeux ouverts ; à plusieurs reprises il essaie, mais sans pouvoir y parvenir. La faiblesse constatée aux bras existe également aux membres inférieurs. Assis, il se tient penché sur ses cuisses. Dans cette attitude il lui est impossible de mettre une jambe sur l'autre ; si nous l'aidons jusqu'à ce qu'il y parvienne, il éprouve une certaine difficulté à remettre ensuite la jambe dans sa première situation. On dirait que les muscles se trouvent figés dans la position qu'on leur donne. Pendant le sommeil les mouvements cessent, mais le malade garde souvent des attitudes athétosiques des mains et des doigts. — Le sens musculaire est conservé.

La sensibilité cutanée est altérée sur toute la surface du corps : à la piqûre, pas de réaction ou réaction très faible ; au contact du doigt, la sensibilité paraît conservée ; les objets froids (comme un verre rempli d'eau glacée) sont ressentis sur toute la surface du corps comme une sensation de chaleur (perversion de la sensibilité thermique pour le froid) ; pour les objets chauds, sensibilité émoussée. — La vue, l'ouïe, l'odorat, le goût semblent bien conservés. Les réflexes accommodateurs et lumineux sont normaux. Pas d'inégalité pupillaire. Pas de strabisme, pas de nystagmus. — La parole est normale ; toutefois il est assez difficile de causer avec R... ; sa voix est nasonnée, gutturale ; avant de parler, il hésite, fait des efforts très grands. La parole s'accompagne souvent de sifflements, résultant sans doute des contractions violentes de la langue qui éprouve quelques difficultés à se mettre en train, mais l'articulation est nette. Pendant qu'il parle ses lèvres se contractent, ont des contorsions, les muscles de la face et du front jouent d'une façon bizarre ainsi que le montre une des photographies annexées à cette communication.

Pas de tremblement de la langue, ni des lèvres. — Les réflexes rotuliens sont conservés ; les réflexes cutanés sont modérément et également prononcés des deux côtés du corps. — Tel est le cas. Au point de vue mental, le diagnostic de « démence juvénile » nous semble assez indiqué. On pourrait songer à la paralysie générale juvénile, mais bien des symptômes importants manquent : pas de signes oculaires, pas d'embarras de la parole, et comme d'autre

part l'affection a commencé à l'âge de quatorze ans et que le malade en a actuellement vingt-cinq nous nous demandons, si dans l'espace de onze ans une véritable paralysie générale ne se serait pas déjà manifestée par des symptômes plus décisifs. Toutefois nous croyons prudent de faire toutes les réserves jusqu'au moment, où il sera permis d'examiner les choses de plus près.

Quant aux phénomènes moteurs que nous venons de décrire chez R..., leur ensemble est tellement caractéristique que le diagnostic de l'athétose double ne me semble pas douteux. En effet, nous ne croyons pas qu'on puisse considérer ces mouvements comme étant ceux de la chorée vulgaire : dans cette affection, les troubles moteurs sont d'abord limités à un côté du corps, il y a des mouvements brusques de la tête, des flexions et extensions également brusques des membres, en un mot tous les mouvements de la chorée sont essentiellement brusques et étendus, tandis que les troubles moteurs de notre malade se caractérisent avant tout par la lenteur et par leur localisation bien précise au niveau des doigts ou au niveau de certains muscles de la face, ce sont des mouvements, non seulement lents, mais circonscrits.

Les mouvements décrits chez R... ne pourront pas non plus être confondus avec la chorée rythmée liée d'ordinaire à l'hystérie et dont les mouvements se reproduisent avec une très grande régularité imitant certains actes professionnels. Remarquons en passant qu'outre l'athétose le malade présente de temps à autre des tics, des contractions *brusques* du frontal figurant un mouvement coordonné qu'on exécute quand on veut attirer l'attention de quelqu'un. La face offre aussi chez R... deux espèces de troubles moteurs : l'athétose avec ses contractions excessivement *lentes*, incoordonnées, et le tic avec ses contractions coordonnées et *très rapides*. Mais ce qui constitue en somme la particularité de notre cas, c'est l'apparition de l'athétose double tout à fait au début d'une affection démentielle chez un enfant de quatorze ans : c'est ce fait que nous avons cru intéressant de rapporter au Congrès.

M. le Dr Foveau de Courmelles (de Paris). — *La Neurasthénie et son traitement électrique*. — *A la franklinisation*, par douche et bain statique combinés — traitement de choix de l'état général — il faut ajouter pour les symptômes locaux de dépression ou d'excitation *la galvanisation ascendante* ou *descendante*.

La durée de l'électrisation statique doit être longue, trente minutes, mais il y faut arriver *progressivement*, sinon on peut avoir de l'excitation, de l'amnésie, du délire comme j'en ai eu notamment un cas ayant duré vingt-quatre heures. D'autres malades sont fatigués, ont des éblouissements. La neurasthénie cède ainsi lentement, par transitions insensibles de l'état morbide à l'état sain. La galvanisation est réservée aux sympômes locaux à amen-

der. La franklinisation doit se faire par courant descendant, douche cérébro-statique positive et bain négatif, et à travers des peignes métalliques variés, aluminium, nickel, argent.

M. A. Marie. — *Remarques sur l'état mental de quelques séniles.* — A propos de trois cents séniles évacués des asiles de la Seine, et hospitalisés à la colonie familiale de Dun-sur-Auron, l'auteur signale la fréquence des psychoses mélancoliques tardives avec tendance au suicide (mélancolie *ab miseria*). Il s'attache à montrer l'extrême diversité des états mentaux catégorisés démence sénile : il étudie ainsi les pseudo-démences des délires chroniques systématisés et termine en signalant le rapport possible de cause à effet entre certaines lésions circonscrites tardives et certaines particularités hallucinatoires.

M. A. Vigouroux (d'Evreux). — *Contribution à l'étude de la céphalométrie chez les aliénés.* — Les recherches ont porté sur 300 malades. Les diamètres antéro-postérieurs maximum, iniaque transverse maximum, transverse sus-auriculaire vertical, auriculaire, frontal minimum ont été mesurés avec le compas de Bertillon. Les courbes horizontale maximum, iniofrontale, transverse ont été mesurées avec le ruban métrique.

L'auteur présente les résultats de ses recherches en deux ordres de tableaux : dans les premiers il donne les moyennes, les maximums et les minimums ; et dans les seconds plus intéressants il étudie à la manière de Bénédikt, les principales de ces mesures.

M. Deschamps (de Paris). — *Note sur un projet de création d'asile spécial pour alcooliques.* — L'auteur après avoir résumé l'évolution suivie depuis un an devant les corps élus par la question du projet d'asile spécial pour alcooliques, fait en quelque sorte la synthèse des propositions particulières relatives aux adaptations propres à cet établissement. Il conclut à la reprise du projet d'essai d'hospitalisation à part des buveurs d'habitude, dans des limites restreintes à 50 malades par section comme cela se fait en Suisse. Il propose enfin, dans le cas où la spécialisation du nouvel asile serait rejetée, de tenter l'essai sans érection préalable de constructions coûteuses, par simple appropriation de locaux existants, en attendant que les données pratiques tirées de la tentative permettent de poser des règles précises et définitives[1].

M. Pailhas (d'Albi). — *Etats monomaniaques liés à une déviation de l'instinct de conservation de la propriété, étudiés au point de vue*

[1] M. D... s'est enfin rendu à l'évidence. Il en vient aux conclusions que nous avons fait prévaloir à la Commission de surveillance des asiles de la Seine : Faire le cinquième asile pour les aliénés (programme primitif), suivant les plans primés de M. Morin-Goustiaux, modifiés, s'il y a lieu, dans les détails ; — étudier la création, à titre d'essai, d'un petit asile pour les ivrognes d'habitude. (B.)

médico-légal. — L'exaltation de l'instinct de conservation de la propriété, distinct de la tendance à une excessive accumulation qui est l'avarice, peut arriver à constituer des états morbides à la fois embarrassants pour la justice et pour les médecins chargés d'en apprécier la responsabilité.

Les hommes d'affaires, les magistrats, et parmi eux surtout les juges de paix, sont fréquemment amenés à côtoyer cette série d'infirmes de l'esprit, recrutés particulièrement au sein des populations rurales, chez les petits cultivateurs, amoureux jaloux de leurs terres, et qui, en raison de cet attachement outré, se montrent récalcitrants devant la dépossession, révoltés contre la saisie, processifs, réfractaires aux divers arrangements où leur sol est en jeu, le disputant au voisin, au parent, avec une âpreté passionnelle, parfois jusqu'au meurtre. Et dans l'espèce des cas auxquels il est fait allusion n'intervient point ou n'intervient que très accessoirement la pensée d'un accaparement illicite. Le besoin de donner satisfaction à une propension impulsive semble peu à peu s'associer à la conviction d'un prétendu droit, et puis, à la suite d'échecs successifs subis à cette autre conviction « qu'on ne leur rend pas justice » pour dominer et diriger des revendications tenaces qui, si elles n'aboutissent qu'exceptionnellement au crime, entraînent une série d'actes préjudiciables à autrui.

Parmi ces actes, les uns, rentrant dans la catégorie ordinaire des crimes et délits, cèdent à la répression judiciaire. Les autres, au contraire, sont entretenus, exaltés même, par la menace et l'application des sévérités pénales, et la justice, après les avoir plus ou moins longtemps poursuivis sans effets d'amendement, de guerre lasse, les abandonne au médecin.

Sous la désignation de dégénérés conservateurs de la propriété, le Dr Pailhas communique deux faits de ce genre, dont la longue observation comprenant de multiples expertises médico-légales ne saurait être rapportée ici. Il les fait suivre de la relation d'un cas similaire, publié en 1841, dans les *Annales médico-psychologiques*, par M. le Dr Girard de Cailleux.

En conclusion de son travail, le Dr Pailhas dit :

1° Il existe une variété de dégénérescence dont un syndrome constitué par la déviation morbide de l'instinct de conservation de la propriété est le caractère dominant sinon exclusif. — 2° Cette catégorie de monomanes conservateurs de la propriété, plutôt défensifs qu'offensifs dans la revendication de leurs droits, semble devoir être rapprochée d'une certaine autre variété de monomanes processifs chez lesquels aussi est mis en jeu l'instinct de propriété, mais où les revendications sont essentiellement offensives. — 3° Il est pratiquement important de différencier de bonne heure, parmi cette classe de dégénérés, détenteurs du bien d'autrui:

a) Ceux qui, irritables, insoumis et dotés d'une grande ténacité, trouvent dans l'intervention de la justice, la persistance et surtout l'aggravation de leur état morbide. — *b*) Ceux que l'appareil judiciaire et les sanctions répressives amènent aux sages résolutions et au redressement des actes incriminés. Aux premiers convient l'organisation des asiles, même dans son insuffisance actuelle. A la deuxième catégorie doit être réservée la pénalité ordinaire.

4° C'est utilement que les magistrats connaîtront ces variétés nosologiques. Loin de se mettre en lutte avec *les obstinés irréductibles*, ils sauront s'assurer à temps le concours du médecin aliéniste, au bénéfice de ces mentalités défectueuses et aussi au bénéfice personnel de leur tranquillité.

M. Paul Delmas. — *De l'intervention médicale en hydrothérapie dans son application aux maladies nerveuses.* — Dans ce travail l'auteur, dont la compétence, reposant sur une longue pratique, est incontestable, s'est proposé de démontrer les conditions essentielles à la bonne application de l'hydrothérapie. Invoquant la nécessité d'en diriger et surveiller les effets, surtout dans les maladies nerveuses, et rappelant combien l'eau froide a une action énergique sur la tension artérielle et sur le rythme du cœur, il en arrive à la conclusion générale suivante :

« En hydrothérapie, la direction doit toujours être médicale. Son application est faite avec tout avantage par le médecin lui-même. Mais ce dernier précepte ne saurait avoir rien d'absolu sauf dans la thérapeutique des affections nerveuses, dans lesquelles le traitement moral vient ajouter son action à celle d'une prescription journalière soigneusement dosée. »

M. Larroussinie (de Bordeaux). — *Communication sur la dissimulation chez les aliénés.* — Il est de la plus grande importance, pour les médecins et aussi pour les magistrats, de savoir que les aliénés peuvent dissimuler, non seulement leurs idées délirantes, mais encore leurs hallucinations.

Le plus souvent, cette dissimulation a pour but l'obtention de l'exeat, dans les asiles. Il arrive aussi que des aliénés enfermés dans des prisons cherchent à cacher leur mal pour ne pas être placés dans des établissements spéciaux, dans lesquels ils pourraient rester plus longtemps que dans les maisons pénitentiaires.

Il y a des femmes qui dissimulent par honte, ne voulant pas avouer qu'elles se croient aimées d'un homme placé dans une situation supérieure à celle qu'elles occupent, ou cherchant à cacher des hallucinations de la sphère génitale.

Mais les dissimulateurs les plus dangereux sont les aliénés atteints du délire chronique de persécution à forme systématique.

En un mot les conclusions sont les suivantes : 1° La dissimulation se rencontre fréquemment chez les aliénés. — 2° Il est utile

de diviser ces services, à ce point de vue, en malades non dangereux et en malades dangereux, tant à cause de la surveillance à exercer sur eux dans les asiles, qu'à cause de leur mise en liberté, ou de leur maintien dans un établissement. La plus grande circonspection est imposée au sujet de la sortie des aliénés qui, par leurs actes, leurs paroles ou leurs écrits, se sont montrés dangereux. Il ne saurait être apporté trop de prudence par les médecins traitants et par les médecins légistes appelés à formuler une opinion sur un aliéné de ce genre.

3° La dissimulation se voit surtout chez les persécutés; le plus grand nombre de dissimulateurs se trouve chez les délirants systématiques. Parmi les impulsifs, les pyromanes sont essentiellement dissimulateurs. — 4° La dissimulation peut être partielle (c'est-à-dire portant sur un ou quelques points seulement du délire), ou totale, dans ce cas, tout est nié : conceptions délirantes, hallucinations, etc...

5° La dissimulation reconnaît pour mobiles la honte et l'intérêt. L'intérêt est de beaucoup le principal mobile (aliéné mentant pour avoir sa sortie ; ou voulant se venger d'un persécuteur, et pour cela désirant quitter l'asile ; enfin, pyromanes ne voulant pas avouer leur crime).

6° Pour découvrir la dissimulation chez les aliénés, il est nécessaire de capter leur confiance, et, si cela ne se peut, de les faire surveiller par le personnel, et de les surveiller soi-même aussi longtemps qu'on ne sera pas convaincu de l'existence ou de la non-existence du mensonge. Dans beaucoup de cas, plusieurs mois sont nécessaires au médecin expert appelé à juger de l'état mental d'un individu. Il est aussi absolument utile d'avoir en mains soit les lettres du malade, soit ce qu'il écrit en dehors de ses lettres, quand ce dernier cas se présente. On ne saurait trop encourager ces malades à écrire.

7° En ce qui concerne les pyromanes, il faudra se préoccuper de leur hérédité, savoir si l'accusé est un faible d'esprit, s'informer des paroles qu'il a pu prononcer soit avant, soit après l'incendie, et voir si ses paroles se rapportaient à l'acte dont il est soupçonné être l'auteur. Enfin, il faut le presser de questions, et chercher ainsi (ce qui est bien difficile) à obtenir des aveux.

8° Nous croyons qu'un médecin expert devrait être adjoint aux juges quand ces derniers sont appelés à prononcer le maintien d'un aliéné dans un établissement spécial ou sa sortie. Le médecin traitant pourrait être entendu, et, en cas de dissentiment entre son confrère et lui, un deuxième expert serait appelé à trancher la question. C'est là, d'ailleurs, ce qui se fait souvent pour d'autres questions de médecine légale.

M. Brandeïs (de Bayonne). — *Un cas d'athétose double débutant*

chez l'adulte. — La malade est une femme de trente-deux ans dont le père était épileptique et la mère nerveuse. Elle a eu deux frères morts d'affections cérébrales suspectes. Elle-même, à l'âge de dix-neuf ans, contracte la syphilis avec son mari (1882) et, en 1886, à la suite d'un avortement, elle voit apparaître des convulsions musculaires de la face. Traitée sans résultat, nous la voyons pour la première fois en 1895, et nous constatons les symptômes suivants : contractions musculaires de la face exprimant les sentiments les plus divers et les plus inattendus, nystagmus à oscillations lentes, mouvements d'avant en arrière et de latéralité de la langue sans hypertrophie.

Troubles de la parole, mouvements de rotation du cou, convulsions des doigts, des mains et des poignets, suivant la flexion, l'extension et le sens latéral, le tout sans rythme appréciable.

Déformations phalango-phalangiennes simulant les nodosités rhumatismales. Subluxation des articles métacarpo-phalangiens. Aux mouvements désordonnés se joint une raideur notable dans les actes volontaires. La maladresso augmente quand la malade se sent observée. Aux pieds, mouvements de flexion et d'extension des doigts et mouvements latéraux tibio-tarsiens. Toutes ces convulsions cessent pendant le sommeil. Elles sont plus marquées à droite qu'à gauche.

Les facultés intellectuelles sont très médiocres, mais la malade a toujours été de même ; la maladie n'a donc aucune influence fâcheuse sur elle au point de vue mental.

Comme cause déterminante de l'athétose, la multiplicité même des faits qui ont pu présider à sa genèse rendent ce cas encore plus embarrassant. L'hypnotisation a été tentée sans résultat ; le traitement spécifique n'a aucune action. On ne peut donc que constater l'existence du syndrome athétose, sans en rapporter l'éclosion à aucune lésion valable.

M. Verrier lit un travail sur l'aquapuncture dans le traitement de l'anesthésie hystérique ou paralytique.

M. Lagrange (de Poitiers) lit un travail sur l'*étiologie de la paralysie générale progressive.*

M. Lannois (de Lyon). — *Cécité verbale sans cécité littérale et sans hémianopsie.* — Une femme de trente-deux ans, ayant contracté la syphilis par allaitement et ayant présenté peu de temps après des accidents cérébraux graves (apoplexie, hémiplégie droite, aphasie motrice et cécité verbale), entre à l'hôpital avec une hémiplégie droite accompagnée de contractures. Elle présente en outre une cécité verbale très accusée, sans cécité pour les lettres ni pour les objets et sans hémianopsie. Le champ visuel mesuré plusieurs fois n'a jamais présenté ni rétrécissement du champ visuel ni hémianopsie. C'est là un fait nouveau puisque la coexistence de ces

troubles oculaires a été signalée dans tous les cas où elle a été recherchée jusqu'à présent.

M. Lannois (de Lyon). — *Hémianopsie hystérique chez un trépané atteint de crises épileptiques jacksoniennes.* — Un homme frappé d'un coup de canne plombée sur le côté droit de la tête deux ans auparavant et trépané pour l'ablation d'esquilles osseuses, présente dans la suite des crises d'épilepsie jacksonienne. Après une série de ces crises, on constate chez lui de l'hémianopsie et une anesthésie profonde avec perte du sens musculaire du côté gauche. Peu après, l'anesthésie devient une anesthésie en segment qui disparaît brusquement après une séance d'électrisation, en même temps que l'hémianopsie est remplacée par du rétrécissement concentrique du champ visuel.

Le malade est rentré récemment à l'hôpital avec les mêmes symptômes d'anesthésie et d'hémianopsie qu'il y a probablement lieu de rattacher à l'hystérie et de rapprocher des cas rapportés par Déjerine et Vialet (neurasthénie et névrose traumatique) et plus récemment par P. Janet (hystérie).

M. Charan. — Du traitement de l'épilepsie par l'opium et le bromure (méthode de Flechsig).

Les indications données par l'auteur de cette méthode ont été exactement suivies : extrait d'opium à doses progressivement croissantes depuis 5 centigrammes jusqu'à un gramme, pendant six semaines; suppression brusque de l'opium remplacé pendant deux mois par le bromure de potassium à la dose de 7 grammes, pris à doses décroissantes jusqu'à 2 grammes pendant deux autres mois. L'action est beaucoup plus efficace que celle du bromure seul. Mais ce traitement doit être indéfiniment continué.

M. Chabbert (de Bagnères-de-Bigorre.) — Trois cas de chromidrose jaune chez trois membres d'une même famille (neurasthénie, hystérie).

M. Mabille (de l'asile de Lafond). — Torticolis mental chez un dégénéré héréditaire.

MM. Briand et Iscovesco (de Paris). — *Sur le signe du cubital* (analgésie) dans la paralysie générale. Décrit par Biernacki, dans le tabes, ce signe n'a qu'une importance diagnostique très relative dans la méningo-encéphalite diffuse. On l'observe dans 50 p. 100 des cas.

M. A. Regnier (de Paris). — *Traitement du goitre exophtalmique par l'électricité.* — Le courant galvanique est surtout actif. L'électrisation du sympathique et du pneumogastrique du cou régularise la sécrétion thyroïdienne. On observe à la suite une diminution dans la toxicité des urines.

M. Dubreuilh (de Bordeaux), cite « un cas d'accidents hystéri-

formes dans la paralysie générale ». C'est un cas assez rare d'association de la paralysie générale et de l'hystérie. Cette observation est intéressante à ce titre : il faut être très réservé à l'égard du pronostic. — M. Garnier dit que M. le Dr Rey a fait un travail sur cette question. — M. Régis réclame la priorité; il a indiqué l'arrêt de la paralysie générale par l'hystérie.

M. Piéchaud (de Bordeaux) cite à son tour *quelques cas chirurgicaux chez les aliénés*. Il apporte des faits : il a opéré huit idiots par la craniectomie; il n'a eu qu'un mort. Les résultats n'ont pas été excellents. Il a fait des trépanations du crâne dans l'épilepsie jacksonienne, puis sur un enfant ayant reçu un choc sur le crâne : il enlève le petit névrome sous-cutané. Il a opéré une aliénée atteinte de manie chronique et de fibrome du sein : elle a guéri de sa folie.

Discussion avec MM. Regnier, Laroussinie, Régis. On peut réveiller des attaques d'hystérie chez les malades nerveux par les opérations chirurgicales. Les aliénés supportent très bien les opérations; il y a des cas d'aliénation à la suite d'opérations chirurgicales.

A cinq heures et demie, la séance est levée pour que les congressistes puissent assister à la conférence faite, avec projections de coupes anatomo-pathologiques de la moelle épinière, par M. Marinesco.

Le Congrès a voté la tenue de sa prochaine session (1896) à Nancy. Notre ami, M. le professeur Pitres a été nommé président de cette session, M. Lallement, l'un des médecins de l'asile de Maréville, a été désigné comme secrétaire général. La commission chargée de préparer les questions au Congrès de 1896 a choisi les questions suivantes : *Des hallucinations auditives* (M. Chaslin, rapporteur) ; — *Pathogénie du tremblement* (M. Souques, rapporteur) ; — *Internement des aliénés, législation et thérapeutique* (M. Garnier, rapporteur). B.

Mardi 6 août. — Visite à l'asile de Cadillac.

Avant de se séparer, les membres du Congrès des aliénistes et neurologistes étaient conviés à des excursions organisées en leur honneur, et dont la première a eu lieu le 6 août. Le but était la visite de l'asile public des aliénés de Cadillac.

Malheureusement un accident est venu attrister dès le matin cette promenade. L'un des très sympathiques secrétaires du Congrès, M. le docteur Tissié, voulant prendre place sur l'impériale d'un omnibus, dans la cour de la gare de Cérons, a été, par suite d'un mouvement des chevaux, précipité sur le sol, et dans sa chute s'est fait des contusions qui, heureusement, n'ont pas eu de suites graves, mais qui ont nécessité le transport immédiat de M. le Dr Tissié à

son domicile, après qu'il a eu reçu les soins empressés de ses confrères.

La visite de la colonie agricole de l'asile, où on s'est d'abord rendu, a été des plus intéressantes. Le directeur, M. Gauckler, a reçu des compliments bien mérités pour l'entretien des vignes et des cultures maraîchères, dont sont exclusivement chargés des aliénés choisis parmi les convalescents et les chroniques.

A midi, un déjeuner de cent vingt couverts réunissait les invités dans une des salles de l'Asile principal, coquettement décorée. M. Joffroy présidait, ayant à ses côtés, à la table d'honneur : MM. Berniquet, préfet de la Gironde ; Calmon, président du tribunal civil ; Drouineau, inspecteur général de l'Assistance publique ; Laffitte, professeur au collège de France, qui habite Cadillac pendant les vacances ; Gauckler, directeur de l'asile ; Dubourg, maire de Cadillac, président de la commission de surveillance ; Guillemin et Sauteyron, membres de la commission ; Caillau, médecin en chef de l'asile, et tous les délégués étrangers.

Le premier toast a été porté par M. Gauckler, qui a adressé la bienvenue aux congressistes, et tout particulièrement aux dames qui faisaient partie du voyage. En terminant, il a porté la santé des membres du congrès, de son président et enfin du président de la République.

M. Joffroy a fait l'éloge de M. Berniquet, préfet de la Gironde, et a adressé des compliments aux médecins des asiles. Il a bu à la santé du préfet, du directeur de l'asile, des membres de la commission de surveillance et de M. le Dr Caillau.

A signaler le toast rempli de bonne humeur de M. Laffitte, professeur au Collège de France, qui a porté la santé des dames. M. Doutrebente, médecin à Blois, a terminé la série en prononçant un toast très applaudi.

Le déjeuner terminé, les invités se sont répandus dans les jardins et ont visité l'asile, dont ils ont constaté l'excellente tenue.

Avant de reprendre le train, les congressistes ont visité la *maison d'éducation pénitentiaire des jeunes filles*, installée au château du duc d'Eperon et où sont détenues en ce moment 133 jeunes filles ayant moins de vingt ans, et envoyées là par décision de justice. M. Pancrasie, directeur ; Mmes Derué, inspectrice, et Lebel, surveillante principale, ont dirigé cette visite, au cours de laquelle on a remarqué la construction du château et en particulier les cheminées monumentales, et qui, aussi, a été d'un vif intérêt pour tous les congressistes. — Le retour à Bordeaux s'est effectué à six heures[1].

[1] Ce compte rendu et le suivant sont faits d'après la *Gironde* des 8 et 9 août, avec quelques modifications.

Mercredi 7 août. — Excursion de Royan.

C'est la municipalité de Royan qui avait frété le bateau de la compagnie Gironde et Garonne, *la France*, qui a pris le matin, au ponton des Quinconces, les congressistes pour les amener à Royan. Au départ, à 6 heures, le temps est brumeux ; mais, vers Pauillac, les nuages se dissipent et le soleil brille, faisant miroiter les vagues, jetant sa lumière d'or sur les rives, faisant resplendir les châteaux, dont la blancheur éclate au milieu des massifs de verdure. On admire, et l'on arrive à Royan au milieu d'une allégresse générale.

Sur le quai, se trouvent : MM. Garnier, maire, MM. Barthe et Rodanet, adjoints, de sympathiques connaissances que nous sommes heureux de revoir, et le conseil municipal, venus pour recevoir les congressistes. Les meilleurs souhaits de bienvenue sont échangés, puis, aussitôt, prenant le tramway Decauville, retenu pour la circonstance, les voyageurs, accompagnés des édiles royannais, se rendent à Pontaillac. La plage est splendide ; les étrangers qui sont parmi nous sont fortement impressionnés. — Après Pontaillac, c'est le Casino, l'ancien — on verra le nouveau bientôt — qui est visité. Les directeurs en font les l'honneurs. A midi, retour à Royan et déjeuner à l'hôtel d'Orléans. Repas confortable, offert par la municipalité.

Le moment des toasts arrive.

Aimable, prévenant, courtois exquisement, M. le maire de Royan, se lève. Le plus affectueusement du monde, il remercie les congressistes d'être venus à Royan. En paroles pleines d'autorité, il met en relief les services que rend le congrès des aliénistes et neurologistes qui traitent de questions qui intéressent non seulement les médecins, mais les législateurs, les conseils généraux et les administrateurs, puis il exprime l'espoir que les visiteurs emporteront de Royan le meilleur souvenir. Il termine en buvant galamment aux dames présentes au banquet et en portant la santé du président du congrès, M. Joffroy, et des autres notabilités qui l'entourent.

Au nom du congrès, M. Joffroy remercie la municipalité et la ville de Royan. Dans un tableau habilement tracé, il peint la riche station balnéaire, aux beautés naturelles complétées par les travaux de l'homme. Il boit à la prospérité de Royan, à son distingué maire Garnier, et à tous les collaborateurs du congrès, sans oublier le docteur Ph. Tissié, dont l'absence aujourd'hui a été tant regrettée.

D'autres toasts sont ensuite portés à MM. le D[r] Roux, au nom du corps médical de Royan ; Drouineau, inspecteur de l'Assistance publique ; Francotte (de Liège), buvant à la France en termes nobles et élevés.

On part ensuite pour Saint-Georges. Promenade de nouveau charmante. Brise marine, senteur des pins, se mélangent dans l'air pur.

Mais une visite au nouveau Casino, le Casino municipal, est comprise dans le programme. Tout le monde veut le voir, d'ailleurs, ce monument dont on parle déjà beaucoup. Il est tout simplement superbe. Et comme je comprends l'exclamation du Saintongeois qui, derrière moi, s'écriait : — Fi de madame, ol'ét une belle bâtisse!

Dans ce monument remarquable un concert est offert aux congressistes. On l'a avancé d'une heure pour eux. Orchestre délicieux, musique de choix, sous la direction de M. Ganne, l'auteur de cette *Marche lorraine* qu'on applaudissait tant dans la revue d'Ernest Laroche et de Victor Meusy : *les Records de l'année*. Comme à l'Olympia, la *Marche lorraine* triomphe au Casino municipal. Son auteur et elle ont été aujourd'hui acclamés. A 5 heures il a fallu repartir. Au lunch qui a eu lieu après 6 heures, on a encore beaucoup toasté ; du Bec-d'Ambès à Lormont, des flots d'éloquence ont coulé des lèvres des orateurs.

Aussi le temps passe, les voyageurs devisant au milieu du silence, devant la nuit qui vient assombrir le fleuve, tranquilles comme des gens heureux. Ils justifient ainsi le mot d'un autre Saintongeois qui, au moment où nous embarquions, demandait à un de ses compatriotes :

« Qu'étou qu'ol et, tout queu monde !

— In Congrès d'aliénés.

— I zavant l'air ben calme !

Tous les documents que nous avons mis sous les yeux de nos lecteurs leur permettront d'avoir une idée exacte de la session de Bordeaux, du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française. Il a été très intéressant au point de vue des discussions, des communications et des excursions. Ce succès revient surtout au secrétaire général, notre collaborateur le Dr Regis. BOURNEVILLE.

BIBLIOGRAPHIE.

II. *Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive* (*type Duchenne-Aran*); par J.-B. CHARCOT. In-8° de 159 pages, avec 4 planches en couleur. Bureaux du *Progrès médical*. Paris, 1895.

Dès les premières pages, M. J.-B. Charcot nous indique nettement vers quel but ont tendu ses efforts. Ce n'est pas une monographie

de l'atrophie musculaire type Duchenne-Aran qu'il a voulu écrire, et de ce fait le lecteur ne trouvera dans son étude ni la bibliographie complète de cette question, ni l'analyse des principaux travaux sur la matière qu'il eût été en droit d'exiger. Sachant que, dans ces dernières années, l'affection qui porte le nom des deux médecins français avait été fortement discutée en tant qu'entité morbide, l'auteur a pensé qu'avant toutes choses il convenait d'établir si oui ou non la maladie de Duchenne-Aran devait être nettement différenciée des autres formes de l'atrophie des muscles.

Dans ce but, M. J.-B. Charcot nous fait d'abord assister à l'évolution historique du type Duchenne-Aran. On lira avec fruit ce chapitre qui déroule devant nos yeux les étapes successives de nos connaissances scientifiques dans la question des dystrophies musculaires. Duchenne (1847), puis Aran (1850), décrivent l'affection qui porte leur nom; Cruveilhier, Luys, en font l'anatomie pathologique que complètent Prévost et Vulpian, Charcot et Joffroy, Duménil, Hayem, etc. Sous l'influence de ces divers travaux, l'atrophie musculaire type Duchenne-Aran règne en maîtresse, elle régente pour ainsi dire les autres dystrophies myélopathiques. Son domaine se trouve cependant diminué par la découverte de la sclérose latérale amyotrophique.

Mais si la maladie de Charcot, la pachyméningite cervicale hypertrophique de Joffroy, étaient autant de pierres enlevées à l'édifice, celui-ci n'en restait pas moins solide. Le danger devait venir d'ailleurs : de la paralysie pseudo-hypertrophique dont les formes ont été se multipliant jusqu'à ces dernières années; de la syringomyélie dont alors on soupçonnait à peine l'existence et qui a pris tant d'extension; enfin des névrites périphériques déjà déplacées du rang qu'elles occupèrent momentanément.

Aussi lorsqu'en 1885, le professeur Charcot faisait une lumineuse revision des atrophies musculaires, la maladie Duchenne-Aran ne possédait-elle plus la première place qu'elle avait accoutumé d'occuper jusqu'alors; toutefois elle existait encore à l'état indépendant.

Si modeste qu'elle fût, cette place devait cependant lui être discutée. Gowers (1886) raye l'atrophie Duchenne-Aran de la nosographie et l'identifie avec la sclérose latérale amyotrophique; Hamond (1894) se range à son opinion; M. P. Marie ne la décrit pas dans le *Traité de médecine*.

M. J.-B. Charcot s'inscrit en faux contre cette conception : l'atrophie musculaire type Duchenne-Aran ne reverra certainement plus ses anciens jours de splendeur, elle est beaucoup moins fréquente qu'on ne le pensait autrefois mais elle n'en existe pas moins. Cliniquement, anatomiquement, sa place est marquée à part dans le cadre nosographique, soit que l'atrophie évolue chroniquement (type Duchenne-Aran vrai), soit qu'elle marche avec plus de rapi-

dité (paralysie générale spinale antérieure subaiguë de Duchenne). Et pour le démontrer l'auteur ne s'appuiera pas sur les cas anciens qui pourraient être suspects, il publiera cinq observations recueillies à la Clinique de la Salpêtrière dont deux furent suivies d'autopsies. Il y joindra deux faits de M. Déjerine, aussi démonstratifs sous tous les rapports que les siens propres.

C'est alors que l'on comprend combien l'entreprise tentée par M. J.-B. Charcot aura été fructueuse, car non seulement le type Duchenne-Aran va se trouver restauré, mais encore il surgira de ses recherches une véritable découverte à la fois anatomo-pathologique et physiologique.

En effet jusqu'à ces dernières années on pensait que dans l'atrophie musculaire progressive, les cellules des cornes antérieures et les racines de même nom participaient seules au processus anatomique. Désormais à ces lésions il faudra ajouter la notion d'une zone de sclérose occupant le pourtour de la corne antérieure dans la région du faisceau fondamental. Cette zone dégénérée varie d'aspect suivant les régions examinées, mais son étendue reste proportionnelle à l'atrophie des cellules de la substance grise. Elle respecte les faisceaux avoisinants : pyramidaux, croisés et directs, faisceaux de Gowers, cérébelleux directs, car elle est l'expression anatomique de la dégénérescence des fibres des cellules de cordon déjà décrites en 1866, par Charcot et son élève Bouchard, sous le nom de fibres commissures courtes et longues.

Ce qui prouve bien que la dégénérescence est secondaire, qu'elle est intimement liée à la disparition des cellules, c'est que non seulement on l'observe dans le type Duchenne-Aran, mais encore toutes les fois qu'il y a polyomyélite antérieure : dans la sclérose latérale amyotrophique, la paralysie infantile, la syringomyélie. Les coupes colorées au picro-carmin sont surtout favorables à sa constatation.

« Ainsi dit l'auteur (page 144), les lésions constatées dans la substance blanche de nos cas de polyomyélite antérieure chronique et subaiguë ne leur retirent absolument rien de leur valeur démonstrative pour la réhabilitation du type Duchenne-Aran; ces lésions sont consécutives à la polyomyélite dont elles font pour ainsi dire partie, elles ne ressemblent nullement aux lésions pathognomoniques de la sclérose latérale amyotrophique. »

On voit par cet exposé rapide que non seulement M. J.-B. Charcot a démontré, d'une façon irréfragable, que le type Duchenne-Aran ne devait pas être rayé du cadre nosographique, mais qu'il a apporté encore une contribution importante à l'étude des lésions dégénératives des cordons blancs de la moelle épinière, nées sous l'influence de l'atrophie des cellules ganglionnaires, de quelque origine que soit cette dernière.

En écrivant sa thèse M. J.-B. Charcot, avait obéi à un pieux

devoir. La question de l'atrophie musculaire, type Duchenne-Aran, était une de celles que son illustre père avait le plus à cœur de voir résolue, nous pouvons personnellement l'affirmer. Jamais il ne laissait passer l'occasion de défendre cette entité, même contre ceux qui voulaient en enrichir la sclérose latérale amyotrophique qu'il avait le premier décrite. Son vœu se trouve exaucé et s'il pouvait lire le travail de son fils, il aurait tout lieu d'être satisfait, car il y trouverait à chaque page la forte empreinte de son enseignement : la mise en œuvre de cette méthode anatomo-clinique qui le conduisit à tant de découvertes mémorables, jointe à la clarté d'un style concis, et à cette interprétation des seuls faits qu'il prisait si fort à l'encontre du mirage trompeur des théories.

GILLES DE LA TOURETTE.

VARIA.

IMPULSIFS TRIMARDEURS.

Au cours de la discussion sur les impulsions des épileptiques, au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux, notre ami, le professeur Pitres, a établi une sorte de classification des individus qui font des fugues plus ou moins inconscientes. Un certain Bort qui a été arrêté à propos de l'attentat anarchiste contre le banquier Rothschild, rentre dans la seconde catégorie de M. Pitres[1]. Voici ce qu'ont publié sur lui les journaux politiques :

Etienne Bort, qui vient d'être arrêté près de Saint-Flour, est connu à la préfecture de police comme une espèce de déséquilibré, anarchiste à ses heures, capable, dans un moment d'exaltation, de commettre un mauvais coup. Cependant on ne croit pas à la prefecture qu'il soit l'auteur de l'attentat contre M. de Rothschild. Il y a huit jours, il était encore à Paris, et il est venu boulevard du Palais demander un subside. Il était sans argent, mourant presque de faim. On lui donna une petite somme.

Bort partit. C'est un individu qui constamment voyage. Il est toujours par monts et par vaux et parcourt la France en tous sens, allant à pied, un bâton à la main.

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 103, p. 249.

Ces malheureux couchent tantôt dans les lits de voyageurs qui existent encore dans un certain nombre de petits hospices et qu'on fera bien de maintenir en améliorant leur installation; ou bien dans les asiles de nuit; ou encore dans les postes ou les violons. Ils servent naturellement de véhicules à la transmission de toutes les maladies contagieuses. C'est en partie à eux qu'est due la propagation de la dernière épidémie de typhus. L'étude psychologique de ces impulsifs serait très intéressante.

Un simulateur : un miracle a effacer.

Pierre Delanoy, que juge en ce moment la cour d'assises de la Seine, n'est pas un type banal. Il a été, de 1877 à 1881, infirmier dans différents hôpitaux parisiens, et là, au spectacle quotidien des traitements qu'il voyait appliquer par les sommités médicales, l'idée lui est venue de se procurer quelques années de repos en simulant une bonne maladie. C'est ainsi qu'il s'est donné tous les caractères de l'ataxie avec une perfection telle que les spécialistes les plus renommés s'y sont mépris de 1883 à 1888, à la Salpêtrière, à l'Hôtel-Dieu, à Laënnec, à la Charité, à Necker, à Cochin, à Lariboisière, à Beaujon, etc., à peu près partout, car il a fait des stations plus ou moins prolongées dans la plupart des établissements hospitaliers de Paris.

Un des médecins qui le traitaient en dernier lieu lui ayant appliqué nombre de cautérisations compliquées de « pendaisons » prolongées, Delanoy finit par trouver trop dur le métier d'ataxique. Un beau jour, il se déclara guéri et disparut.

On le retrouva à Lourdes, en 1889; il y arriva avec un pèlerinage national, se traînant péniblement avec des béquilles. Il paraissait dans l'impossibilité de se tenir debout. Mais, après avoir communié et longuement prié à la grotte, devant l'image de la Vierge, il se leva brusquement et, jetant ses béquilles, il marcha avec une assurance qui arracha des cris d'admiration à la foule des pèlerins.

C'était un miracle, bel et bien constaté! Et le jour même, l'archevêque de Cagliari, l'évêque d'Hébron, auxquels se joignit le médecin chargé de l'étude des guérisons, en dressèrent le procès-verbal en bonne et due forme. Les annales de Notre-Dame de Lourdes en firent mention avec enthousiasme, ainsi que des fêtes d'actions de grâce qui suivirent.

Revenu à Paris, Delanoy émerveilla l'aumônier de la Charité, le chanoine Petit, qui adressa aux pères de la Grotte ce télégramme: « Médecins réunis pour examen de Delanoy. Je l'ai vu quatre fois cette semaine. Marche comme un facteur rural. »

Le marquis de Villeneuve le prit à son service comme jardinier et l'envoya dans une de ses propriétés du Var. Il adressait de là aux pères de la Grotte des lettres édifiantes : « Je n'ai plus qu'une chose en vue, écrivait-il : servir le bon Dieu, recourir à sa très sainte Mère, qui m'a donné la santé. »

Les pères de la Grotte finirent par le prier d'accepter la garde d'un chalet où sont soignés les pèlerins attendant leur guérison. Il déguerpit moins d'un an après, nuitamment, après avoir fait main basse sur 400 francs appartenant à ses protecteurs. C'est à Paris qu'il revint encore. Cette fois, il se présenta à Sainte-Anne comme atteint du délire des persécutions, puis à l'hôpital Broussais comme alcoolique.

Il rentra finalement à Sainte-Anne avec un certificat de « débilité mentale ». Il n'y resta que quelques jours. Une nuit de décembre, il s'en allait subrepticement, emportant 1,800 francs au pharmacien en chef de l'asile, le Dr Quesneville. Ce n'est que le 1er mai 1894 qu'on parvint à l'arrêter. Il essaya bien de simuler la folie. Mais, cette fois, personne ne s'y laissa prendre. Déclaré responsable, il a été traduit devant le jury.

A l'audience, Delanoy proteste contre l'accusation de simulation dont il est l'objet. Il affirme qu'il a été réellement ataxique et qu'il doit sa guérison à la vierge. — « Comment, s'écrie-t-il, pourrait-on admettre qu'un ignorant comme moi ait pu tromper si longtemps les princes de la science ? »

Pour les vols, il nie celui de Lourdes : « Je suis parti de Lourdes, dit-il, parce qu'un père voulait absolument faire de moi un religieux de la Grotte. Quant à la soustraction au préjudice de M. Quesneville, voici ce qui s'est passé : Un matin en faisant la chambre de M. Quesneville, j'ai trouvé une bouteille d'alcool, j'en ai bu plusieurs verres, et sous l'empire de l'excitation alcoolique j'ai ouvert l'armoire et j'ai pris un porte-monnaie. — Le président. — Combien contenait-il ? — R. Je n'en sais rien, je ne l'ai pas ouvert. »

Le président lui fait remarquer qu'il avait eu, cependant, le temps de la réflexion, puisqu'il n'a été arrêté que cinq mois après. Il faut noter la déposition du Dr Dubuisson, médecin en chef de Sainte-Anne qui, malgré tous les certificats exhibés, n'a pas cru à la réalité de la « folie » de Dalanoy et s'est refusé à l'admettre, en fin de compte, dans son service, après quelques jours d'observation. On le garda comme domestique et il profita de cette situation pour voler le pharmacien en chef. Delanoy est condamné à quatre ans de prison. (*Le Temps.*)

Nous ne voulons pas insister sur le fameux miracle dont Delanoy a été le héros. Il n'est pas le seul miraculé de son genre. Il appartient à une variété dont on pourrait citer d'autres exemples.

Thèses de Neuro-Pathologie et de Psychiatrie de la Faculté de Paris.

Garnier. Essai sur les écrits des aliénés. — Jay. Contribution à l'hystérie tardive (hystérie débutant chez le vieillard). — Haliprè. La paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébrale. — Leblais. De la puberté dans l'hémiplégie spasmodique infantile. — Mignon. Contribution à l'étude de l'étiologie du syndrome de Basedow. — Vannier. Amyotrophie Charcot-Marie chez l'adulte. — Bourguignon. Des crises gastriques dans le tabes. — Moundic. Du délire hypocondriaque chez les épileptiques. — Guertin. Essai sur le rôle de l'infection dans les maladies du système nerveux central. — Bauzan. Du traitement de l'alcoolisme et de la dipsomanie par la strychnine. — Bonnemaison. Contribution à l'étude du tatouage. — D'Andrade Neves. Essai sur l'influence des états utérins sur le développement de la folie. — Maugue. Contribution à l'étude de la maladie de Raynaud. — Vazelle. Contribution à l'étude des fractures chez les épileptiques. — Marrel. Les phobies. Etude de psychologie pathologique. — Bonnet. Le bilan de l'alcoolique. Etudes sur les doses et les variétés individuelles dans l'intoxication par l'alcool. — Heroguelle. Contribution à l'étude du traitement de l'état de mal épileptique. — Béziat. De la sciatique hystérique. — Le Becq. Contribution à l'étude du traumatisme dans les attaques d'épilepsie. — Fayet. Les aponévroses cervicales. — Amy. Essai sur la maladie de Graves-Basedow. — Ducroux. Contribution à l'étude de la neurasthénie. Rapports de la maladie de Breard avec les maladies infectieuses. — Le Maître. Des états cataleptiques dans les maladies mentales. — Moricet. Contribution à l'étude des hypertrophies thyroïdiennes. — Hodée. Contribution à l'étude des causes de la prophylaxie et du traitement de la morphinomanie. — Charcot. Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive type Duchenne-Aran. — Mlle Elenoff. Manifestations oculaires de la syphilis cérébrale. — M. Le Filliatre. Essai sur les troubles moteurs dans l'alcoolisme aigu, subaigu et cérébro-spinal. — M. Vigne. Relation d'une épidémie de méningite cérébro-spinale. (*Année scolaire* 1894-1895.)

FAITS DIVERS.

Hommage a la mémoire de Hack Tuke. — Dans le but de perpétuer le souvenir de Hack Tuke, le faire en conformité des idées qui ont surgi toute sa vie, c'est-à-dire l'amélioration du sort des

aliénés et les progrès de la neurologie et de la psychiatrie, il a été formé un comité, composé des aliénistes et des neurologistes les plus distingués de la Grande-Bretagne. Ce comité a été d'avis que le meilleur moyen d'honorer la mémoire de HACK TUKE, était la création d'un *prix* ou d'une *médaille*, destiné à encourager l'étude de l'assistance des aliénés, de la psychiatrie ou de la neurologie. Un appel est fait aux médecins de tous les pays. Les souscriptions doivent être adressées au trésorier du Comité le Dr Henry Rayner, 2, Harley Street, London, W.

ALCOOLISME. — Le conseil général des Deux-Sèvres a adopté un vœu déposé par M. Garran de Balsan, sénateur, demandant que le Parlement vote une loi rigoureuse contre les progrès de l'alcoolisme et invitant les tribunaux à appliquer sévèrement les lois existantes contre les falsifications ou altérations des boissons hygiéniques.

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA ROCHE-SUR-YON. — Sur le rapport de M. Albert Godet, différents devis supplémentaires, relatifs à l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon (Vendée), ont été approuvés au conseil général de la Vendée; cependant le projet de réfection des bains de femmes a été ajourné à une date ultérieure.

SORTIES PRÉMATURÉES DES ALIÉNÉES. — Le *Petit Parisien* du 15 septembre rapporte le fait suivant qui s'est produit à Agen : Une femme âgée de quarante ans, nommée Zélie Delias, domestique chez M. Soubirous, représentant de commerce rue Mirabeau, s'est pendue hier soir dans sa chambre. La malheureuse était en proie à une folie mystique intense; elle était sortie il y a quelques jours de l'asile d'aliénés de Pulet.

Souvent les journaux reprochent aux médecins aliénistes de maintenir plus longtemps qu'ils ne le devraient les aliénés qui sont confiés à leurs soins. Ce fait — et il serait bien facile d'en citer d'autres — montre que souvent, cédant aux instances des familles, aux réclamations des conseils généraux qui trouvent qu'on dépense trop pour les aliénés, et quelquefois par une crainte exagérée des journaux, les médecins signent la sortie des malades améliorés, mais dont l'amélioration est loin de se rapprocher de la guérison. Les inconvénients de la sortie anticipée des aliénés améliorés seraient considérablement atténués s'il existait des *Sociétés de patronage?* Mais qui y songe maintenant?

L'ALCOOLISME CHEZ LES ENFANTS. — Les journaux politiques de septembre ont rapporté le fait suivant : Le jeune Alphonse Therrier, âgé de huit ans, demeurant à Verdigny (Cher), vient de trouver la mort dans des circonstances singulières. Cet enfant, qui avait un penchant pour l'alcool, se fit verser un demi-verre d'eau-de-vie par un petit camarade. Therrier, l'ayant absorbé, rentra

ivre chez ses parents qui le couchèrent. Le lendemain matin, son père trouva son fils inanimé. De l'avis du docteur, le malheureux enfant a succombé à une congestion provoquée par l'ivresse. »

Plusieurs fois, nous avons noté dans l'histoire des enfants de notre service des habitudes aussi déplorables qui, quelquefois, ne sont point, par honte, signalées par les parents. Tous les ans nous recevons des enfants ou des adolescents dont les troubles intellectuels sont occasionnés par l'alcoolisme.

ASSISTANCE ET INTERNEMENT DES ALIÉNÉS. — Une vieille demoiselle de soixante-dix ans, Jeanne Balangue, habitant Sauveterre (Pyrénées-Orientales), dont les facultés mentales laissaient beaucoup à désirer, avait trompé la surveillance de sa famille et disparu de la commune. Après de longues recherches, le cadavre de la pauvre femme a été trouvé dans le gave d'Oloron, sur le territoire d'Oraas. Toute idée de crime doit être écartée.

— Une tentative de suicide, qui a failli coûter la vie à une mère et à ses trois fillettes, a eu lieu hier soir, à 7 heures, dans le faubourg du Pont-Neuf, à Poitiers. La dame C..., âgée de vingt-huit ans, profitant de l'absence de son mari, a habillé de blanc ses trois filles, âgées de sept, cinq et trois ans, puis, après avoir allumé un réchaud garni de charbon et fermé sa porte à clef, elle fit coucher ses enfants à ses côtés, sur le lit. L'asphyxie commençait à se produire lorsque le mari arriva; trouvant la porte fermée, inquiet, il s'informa. Rien, personne n'avait vu sa famille. Il enfonça une vitre de la fenêtre et bientôt il pénétrait dans la chambre où le terrible spectacle s'offrit à ses yeux. Il appela les voisins à son secours; les pauvres enfants et la mère, sans connaissance, furent transportés dans une maison voisine où des soins énergiques leur furent prodigués avec succès. Avant de mettre son funeste projet à exécution, la femme C... avait laissé sur un meuble un billet annonçant sa fatale détermination. Cette malheureuse en est à sa troisième tentative de suicide; elles sont attribuées à un trouble des facultés mentales. (*Petit Parisien*, 31 août.)

— La nuit dernière, vers deux heures du matin, la femme Janvier, fermière aux Hautes-Brives, près de Mayenne, étant sortie sans bruit du lit où elle se couchait avec sa fille, ses enfants se mirent à sa recherche dès qu'ils s'aperçurent de sa disparition. Son fils ayant eu l'idée de suivre la voie du chemin de fer voisine de la ferme, ne tarda pas à découvrir le cadavre de sa mère en travers des rails. La malheureuse avait été tuée par le train qui part de Mayenne à quatre heures dix minutes; les roues avaient passé sur le cou et sur la face. La femme Janvier ne jouissait pas de toute sa raison. On attribue sa mort à un suicide. (Le *Petit Parisien*, 16 sept.)

La crainte de dépenser de l'argent pour se soigner, les résistances des municipalités, des préfets qui ajournent le plus possible les placements, l'insuffisance des connaissances des médecins en ce qui concerne l'étude la folie et qui leur fait trop souvent croire à l'incurabilité, sont la cause des regrettables accidents de ce genre. Lorsque les aliénés sont traités comme il convient, et l'un des meilleurs moyens de traitement est l'isolement, c'est-à-dire le placement dans un asile, il y a souvent de grandes chances, d'une amélioration sérieuse et même d'une guérison, d'autant plus que le placement est fait à une date plus rapprochée du début. On préfère dans notre pays enregistrer des malheurs comme celui qui précède ou fabriquer des incurables.

— Le *Petit Parisien* du 15 septembre publie une dépêche en date du 14 septembre, de Héricy ainsi conçue : M. Thierry Lemoine, cultivateur, âgé de soixante-cinq ans, demeurant à Labrosse, commune d'Héricy, s'est pendu hier dans sa grange, à la suite de pertes d'argent. Ses facultés mentales s'étaient affaiblies et il avait déjà tenté de mettre fin à ses jours par le même moyen.

Des faits de ce genre sont enregistrés quotidiennement par les journaux politiques. Ils témoignent de l'insouciance des familles, des administrations municipales et départementales et même, hélas! de l'ignorance des médecins. La grande majorité de nos confrères ne sait rien ou à peu près rien des maladies mentales. Sur quatre à cinq cents docteurs, reçus chaque année il n'en est peut-être pas dix qui aient suivi durant quelques semaines un service d'aliénés et ont pu acquérir quelques notions sur la folie.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Évreux, Ch. HÉRISSEY, imp. — 995.

Vol. XXX. Novembre 1895. N° 105

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ASILES D'ALIÉNÉS.

NOTICE HISTORIQUE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS EN ALLEMAGNE;

Par le Dr Paul SÉRIEUX,
Médecin adjoint à l'asile de Villejuif, chargé de mission en Allemagne.

On peut, pour en faciliter l'étude, distinguer dans l'histoire du développement de l'assistance des aliénés en Allemagne quatre périodes, sans prétendre d'ailleurs attacher à de pareilles divisions, toujours plus ou moins arbitraires, une importance qu'elles ne sauraient avoir. La première de ces périodes comprend le moyen âge : les fous sont justiciables des tribunaux, de l'Église, et non de la science médicale. Dans la deuxième, qui s'étend de la fin du xve siècle aux premières années du xixe, on ne voit dans les individus atteints de folie que des sujets dangereux, et on les détient le plus souvent dans les prisons. Les médecins commencent cependant à étudier les formes diverses de la folie, mais l'assistance des aliénés reste encore bien rudimentaire : c'est dans quelques villes seulement que les hôpitaux ouvrent leurs portes à cette catégorie de malades. Une troisième phase commence avec le début de ce siècle pour finir vers l'an 1860 : les aliénés sont enfin considérés comme des malades; on crée de tous côtés des établissements spéciaux pour leur traitement et leur hospitalisation. La quatrième période, qui se continue aujourd'hui, est caractérisée par le développement et le perfectionnement de l'assistance des aliénés. Celle-ci est complètement modifiée par l'application

des systèmes du non-restraint et de l'open-door, par l'extension donnée à la colonisation, à l'assistance familiale, etc., etc. Nous ferons, au cours de cette brève étude, de nombreux emprunts aux travaux de M. Kirchhoff, de M. H. Laehr, de M. A. Paetz, de M. Bothe[1].

*
* *

Pendant tout le cours du moyen âge, en Allemagne comme ailleurs, les aliénés ne relèvent pas de l'art médical : il n'est question ni d'assistance, ni de traitement. On laisse errer les fous inoffensifs; ceux que les autorités estiment dangereux sont jetés en prison. Le plus grand nombre, — hallucinés, mélancoliques, hystériques, — considérés comme possédés du démon, comme coupables de sorcellerie, sont livrés aux tribunaux. Les exorcismes, les tortures, les flammes du bûcher, tel est alors le sort de la plupart des aliénés. De pareils remèdes ne font qu'activer le mal : de tous côtés éclatent de véritables épidémies de possession, de démonolâtrie, de démonopathie, de sorcellerie. Les incubes, démons mâles, et les succubes, démons femelles, jouent un rôle prépondérant dans le délire de ces possédés. Vers la fin du xive siècle, dans le pays qui baigne le Rhin, de Mayence à Cologne, quarante et une femmes, convaincues d'être possédées du démon, sont condamnées au supplice du feu[2]. Dans le pays de Trèves, en quelques années, on livre au supplice 6,500 fous[3]. Le contenu d'une bulle fulminée, en 1484, par Innocent VIII, « indique que la démonolâtrie était surtout enracinée alors à Cologne, Mayence, Trèves, Salzbourg, Brême. Les frères de Saint-Dominique dressent des procédures contre les hallucinées qui avouent se livrer à la copulation avec des incubes, et les envoient au bûcher[4] ».

[1] Th. Kirchhoff. *Grundniss einer Geschichte der deutschen Irrenpflege*. Hirschwald. Berlin, 1890.
H. Laehr. *Gedenktage der Psychiatrie*, 4e édit. Berlin, 1893.
Albrecht Paetz. *Die Kolonisirung der Geisteskranken in Verbindung mit dem Offen-Thur System*. Springer. Berlin, 1893.
Bothe. *Die familiale Verpflegung Geisteskranken*. Springer. Berlin, 1893.

[2] H. Dagonet. *Traité des maladies mentales*. Paris, 1894.

[3] V. Krafft-Ebing. *Lehrbuch der Psychiatrie*, 3e édit. Stuttgart, 1888, p. 42.

[4] Calmeil. *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire*. Paris, 1845.

De 1484 à 1500, les « inquisiteurs d'Allemagne, dit Calmeil, livrèrent au bras séculier une multitude d'individus qui avaient la réputation de manger des enfants, et de rendre hommage au prince des esprits nuisibles ». C'était chose rare de voir un inquisiteur considérer un sujet inculpé de possession démoniaque comme en proie à des troubles cérébraux. Cependant Nider (mort en 1440) est cité par Calmeil comme ayant admis que certains individus, soumis à son examen, « étaient atteints d'une manie provenant de l'état des instruments physiques ». Dans ces cas exceptionnels, les fous échappaient au supplice; parfois ils trouvaient asile dans un couvent; on cite, entre autres, le monastère des « Alexianer », à Cologne, comme ayant déjà recueilli quelques aliénés, dès la fin du XIII[e] siècle.

***

Les conceptions erronées sur la nature et les causes de la folie se perpétuent encore au cours de la *deuxième période;* mais déjà d'autres opinions commencent à se faire jour, et, dans différentes villes, les aliénés échappent aux flammes plus souvent que par le passé. Ils sont alors détenus dans les prisons; parfois même ils trouvent asile dans quelques établissements hospitaliers. Au milieu du XVI[e] siècle, Jean de Wier (1515-1588), célèbre médecin hollandais, adresse une requête à l'Empereur pour lui demander qu'on cesse de répandre le sang des ensorcelés et des possédés; il défend la même thèse dans son livre *De præstigiis dæmonum et de lamiis*. Ce n'est pas cependant qu'il ose nier toute intervention diabolique dans les manifestations de la folie. Il fait, en effet, jouer un rôle aux esprits dans la plupart des cas d'hallucinations, il croit encore aux maléfices des démons; mais il soutient que les fous, abusés par Satan, ne doivent pas être crus quand ils s'accusent eux-mêmes. Félix Plater (1530-1614), qui a laissé d'importants travaux de pathologie mentale, qui a défini et décrit l'idiotie, le crétinisme, les délires toxiques, la manie, la mélancolie, Félix Plater admet cependant encore, en 1602, l'influence des démons dans certains états de délire. Sennert (1572-1637), dont la *Practica Medicina* contient des vues exactes sur le pronostic des maladies mentales, sur la manie et la mélancolie[1], dis-

[1] Laehr. *Loc. cit.*

tingue cependant, lui aussi, la folie ordinaire et la folie démoniaque. « Il reconnaît une variété d'extase provoquée par des influences diaboliques, et croit que, grâce à l'intervention du démon, les lycanthropes possèdent en réalité la forme d'un loup (Marcé[1]). »

Si des médecins aussi distingués partageaient à ce point les préjugés populaires, il n'y a pas lieu de s'étonner en voyant encore instruire, jusqu'au XVIIIe siècle, des procès de sorcellerie.

Le sort des aliénés jetés dans les prisons n'était guère plus enviable que celui des hallucinés, considérés comme possédés du démon et livrés aux tribunaux. Confondus avec les criminels, entassés dans des loges étroites, dans de véritables cachots, sans air, sans lumière, sans vêtements, parfois sans nourriture suffisante, chargés de chaînes, les aliénés étaient abandonnés à la brutalité de leurs geôliers. Souvent on les enfermait dans des tours, faisant partie de l'enceinte fortifiée des villes; on venait, à certains jours, visiter ces « tours des fous » (*Narrenthürmen*) ; derrière leurs barreaux, ces malheureux étaient livrés, comme les bêtes d'une ménagerie, à la curiosité et aux risées de la foule.

Cependant, dans quelques villes, le sort des aliénés était enfin devenu moins rigoureux. Déjà, en 1326, la ville d'Elbing (Allemagne du Nord) aurait recueilli dans une section spéciale d'une léproserie, quelques sujets atteints de folie; mais il faut arriver à la fin du XVe siècle pour voir, en différentes villes, les fous admis dans les hôpitaux. En 1460, à Nuremberg, on fonde un bâtiment qui leur est spécialement consacré (*Narrenhaüslein*). En 1477, à Francfort-sur-le-Mein, un quartier spécial leur est réservé dans l'hôpital. A Brunswick, en 1528, on enferme quelques fous à l'hôpital *Beatæ Mariæ Virginis;* à la fin du XVIe siècle, on annexe à l'hôpital quelques cabanons pour les aliénés agités ; ceux qui sont paisibles vivent en commun. Il en est de même à Esslingen (1544), à Coblence, à Lipplingen, où l'on réunit aliénés et incurables dans une léproserie inoccupée par suite de la disparition de la lèpre (Virchow). A Wurzbourg, le prince-évêque, fondateur de l'hôpital Julius (1576), avait spécifié qu'aucune catégorie de malades ne devait être exclue de cet établissement : aussi

[1] Marcé. *Traité pratique des maladies mentales*. Paris, 1862.

admet-on les aliénés au rez-de-chaussée d'un des bâtiments de l'hôpital. On peut voir encore aujourd'hui les vastes salles voûtées et solidement construites qui, depuis trois siècles, servent de quartier d'aliénés pour une trentaine de malades : c'est un des premiers établissements d'hospitalisation des aliénés en Allemagne.

En 1608, à Hambourg, on garde les aliénés dans l'hospice « Pesthof ». Au milieu du XVIIe siècle, l'hôpital de Brunswick est chargé, non seulement de recevoir les aliénés, mais de subvenir aux besoins de ceux qui ne sont pas internés. En 1677, dans la même ville, les fous sont soumis au travail comme les détenus avec lesquels ils sont confondus.

Au cours du XVIIIe siècle, dans divers États allemands, des règlements sont édictés en vue de pourvoir à l'hospitalisation des sujets atteints de maladies mentales. En 1702, d'après un règlement d'assistance publique publié à Berlin, les aliénés indigents doivent être gardés gratuitement; les fous non furieux disposent d'un logement convenable; ils peuvent aller et venir dans l'établissement. Le roi Frédéric Ier, en 1709, donne l'ordre d'interner les fous à l'hôpital Dorothée, mesure qui fut appliquée en 1711. A Wurzbourg, le prince-évêque de Schœnborn décrète (mai 1743) que les *delirantes et simul furiosi* seront dorénavant internés dans un quartier spécial de l'hôpital Julius, tandis que les *placidi delirantes et non furiosi* resteront dans les hôpitaux des districts. Le sort des aliénés s'améliore également dans le duché de Brunswick. A l'hôpital Saint-Alexis de Brunswick, on semble s'être préoccupé de la question du traitement. Les instructions de 1749 sont inspirées par des vues humanitaires, alors bien peu répandues : « Il y a des exemples, y lit-on, qui montrent que par l'intervention de la médecine et par d'autres mesures utiles, on est arrivé à guérir des aliénés. » Le médecin est tenu de visiter les malades deux fois par semaine; il lui est recommandé de consulter, en cas de besoin, le Collège médical; il lui appartient de décider si les aliénés sont ou non susceptibles de travailler. On recommande la douceur aux gardiens; des détenus sont employés à habiller, à alimenter, à donner les soins de propreté aux malades. Le médecin reçoit une gratification de 5 thalers par guérison. Une fois celle-ci obtenue, le médecin délivre, sur la demande du sujet guéri ou des parents de ce dernier, un certificat constatant l'absence de troubles intellectuels. Il rédige en

outre un rapport qui est remis au directeur de l'établissement afin d'être transmis, pour approbation, au gouvernement ducal. A Rockwinkel, près Brême, des tentatives sont également faites pour améliorer la situation des aliénés (1764). A Halle, une instruction de 1787 défend aux gardiens de tourmenter les mélancoliques, de les irriter ou de les frapper. A Wurzbourg, on procède, de 1785 à 1790, à la séparation des sujets curables et incurables. En 1798, un quartier spécialement consacré aux aliénés est organisé à l'hôpital de la Charité de Berlin.

Malgré ces tentatives, le sort de ces malades, à la fin du siècle dernier, restait bien misérable, comme le révèlent les protestations de Reil. La plupart étaient encore détenus dans des établissements pénitentiaires. C'est alors que la réforme opérée par Pinel en France, eut son écho dans tous les pays civilisés et qu'un mouvement général se produisit en Allemagne en faveur de l'assistance des aliénés.

*
* *

Jusqu'alors, les sujets atteints de folie avaient été généralement considérés comme incurables : sauf quelques exceptions, on se contentait de les mettre hors d'état de nuire, de les enfermer. La *troisième période* de l'histoire de l'assistance des aliénés, période scientifique, ne commence qu'au début du XIXe siècle avec Langermann (1768-1832) et Reil (1759-1813). C'est à ces deux médecins que l'on doit l'inauguration du traitement rationnel des maladies mentales dans des *asiles spéciaux;* ils eurent aussi le mérite d'insister sur l'importance thérapeutique du travail, si bien mise en évidence par Pinel en 1801, dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, traduit en allemand la même année par Wagner.

Reil, en 1803, publie à Halle ses *Rhapsodieen*, travail devenu classique, sur le traitement psychique des maladies mentales. Il y trace une émouvante description de la condition lamentable des aliénés et rapporte l'opinion de J. Franck : « Ceux qui ont visité les maisons d'aliénés en Allemagne, dit Joseph Franck, se rappellent avec effroi ce qu'ils ont vu. On est saisi d'horreur en entrant dans ces asiles du malheur et de l'affliction; on n'y entend que les cris du désespoir... C'est

une chose effroyable que de se voir assailli par des malheureux couverts de haillons et dégoûtants de malpropreté, tandis qu'il n'y a que les chaînes, les liens et la brutalité des gardiens qui empêchent les autres de s'approcher [1]. » « Max Andrée, ajoute Esquirol, dit la même chose, en 1810, des aliénés et des établissements qui leur sont consacrés en Allemagne. »

Reil montre en outre l'importance du traitement moral, et dès 1805, il entreprend avec Kaissler la publication d'une *Revue de thérapeutique des maladies mentales*. Dans ses *Rhapsodieen* et dans son étude sur l'*Organisation des établissements destinés aux incurables* (1811), Reil, alors professeur de clinique interne à Berlin, déclare que ces asiles doivent posséder un domaine agricole, des jardins, du bétail... : placés en dehors des villes, ils seront organisés sous forme de fermes composées d'un bâtiment principal et d'un certain nombre d'habitations plus petites, disséminées dans le voisinage. Reil recommande pour les aliénés les occupations en plein air, les travaux agricoles : « le travail, dit-il, entretient la santé, favorise le sommeil et amène l'oubli des idées délirantes [2]. » Il est partisan de faire bénéficier les malades de la plus grande liberté possible, de leur procurer des distractions par des concerts, des représentations théâtrales. Dans la deuxième édition de ses *Rhapsodieen* (1818), Reil critique les murailles élevées dont on entoure les asiles; il réclame des murs à hauteur de la poitrine, surmontés d'une grille, afin que la vue ne soit point limitée.

A Langermann, déjà connu par sa thèse *De methodo cognoscendi curandique animi morbos stabilienda* (Iéna, 1797), revient l'honneur d'avoir le plus vigoureusement réagi contre le préjugé de l'incurabilité de la folie, et d'avoir créé, en 1805, le premier « établissement de traitement » (*Heilanstalt*) pour les sujets atteints de maladies mentales curables. La renfermerie de fous fondée en 1791, à Bayreuth, par le margrave Alexandre, fut transformée par lui, de 1805 à 1810, en un véritable hôpital d'aliénés. Tous les malades, sauf les agités, y furent occupés à des travaux divers; les moyens de contention, dont on avait tant de tendance à abuser, ne furent plus employés qu'à titre

[1] Esquirol. *Des maladies mentales*, t. II, p. 401.

[2] En 1804, Glawnig, directeur depuis 1784 de l'asile d'aliénés de Brieg (Silésie), conseille d'installer les asiles en pleine campagne, afin de pouvoir employer les malades aux travaux agricoles.

d'exception; un chirurgien résidait dans l'établissement; le médecin y faisait une visite quotidienne; les bains, l'électricité galvanique, la musique étaient parmi les procédés de traitement. Les aliénés incurables furent hospitalisés dans un asile spécial (*Pflegeanstalt*) à Schwabach. On avait enfin découvert, comme le dit Griesinger, que les aliénés étaient curables. Appelé en 1810 à Berlin, en qualité de directeur des affaires médicales, Langermann usa de son influence auprès du ministre du royaume de Prusse, pour organiser dans ce pays l'assistance des aliénés. Il réclame, en 1812, la suppression du quartier d'aliénés de la Charité, à Berlin, et son remplacement par un asile de 120 malades, auquel seraient annexés un domaine agricole et des jardins. On lui doit la fondation des premiers asiles de traitement prussiens de Siegburg (1825), dirigé par Jacobi; et de Leubus (1830), dirigé par Martini. Des asiles de traitement avaient déjà été créés en Saxe, à Sonnenstein (1811), et à Schleswig (1820). A Sonnenstein, Pienitz, parent de Pinel, élève de ce maître et d'Esquirol, et partisan convaincu de l'emploi du travail comme agent thérapeutique, donnait tous ses soins à occuper le plus grand nombre possible de ses malades.

L'exemple donné par Reil et Langermann fut suivi par un certain nombre de médecins, entre autres par Heinroth et par Horn. Ce dernier, médecin du quartier d'aliénés de la Charité à Berlin, y enseigna la psychiâtrie jusqu'en 1818. « Cette clinique, dit J.-P. Falret, faite par ce médecin célèbre à une époque où l'attention générale était encore si peu attirée sur le sort des aliénés, servit puissamment la cause de ces infortunés. » Horn recommande le travail comme un des plus actifs parmi les agents thérapeutiques à employer chez les malades curables, et comme un moyen palliatif chez les incurables. « Le travail, dit-il, doit être assidu, nécessiter toute l'attention du patient, être exécuté d'une façon régulière et sous une surveillance constante ».

Heinroth, élève de Pinel, enseigna le premier la psychiâtrie en Allemagne (Leipzig, 1811-1843). Il fut le représentant le plus célèbre de l'*Ecole spiritualiste* ou *psychologique* pour laquelle la folie n'était qu'une maladie de l'âme, engendrée par le vice et la dépravation. Heinroth se montrait cependant partisan de l'emploi du travail comme moyen thérapeutique. « C'est, disait-il en 1825, la médication universelle des malades,

médication qui doit être instituée dès que l'agitation est calmée. » Bergmann, en 1828, recommande également le travail pour tous les aliénés quelles que soient leur situation sociale, leurs habitudes antérieures. En même temps que s'organisait à Leipzig et à Berlin l'enseignement clinique des maladies mentales, Nasse fondait à Bonn en 1818, une Revue pour les médecins aliénistes (*Zeitschrift fur psychische Aerzte*).

La grande réforme accomplie en France par Pinel, et en Angleterre par Tuke, lorsqu'ils supprimèrent les chaînes des aliénés, fut assez lente à se propager en Allemagne. L'influence de conceptions erronées sur la nature de la folie se traduisit pendant longtemps par l'emploi de moyens de contention, de mesures de répression, de procédés d'intimidation. Les coups, les douches, les machines rotatoires, les cages mobiles, analogues à celles des écureils, les chaînes, les entraves, les colliers, les ceintures faisaient partie des moyens de traitement et de l'arsenal de la plupart des asiles. Esquirol parle de la « fécondité incroyable des Allemands, au point de vue de l'invention d'instruments destinés à contenir les furieux[1] ». Dans certains asiles (Sonnenstein) on se servait comme gardiens de condamnés à de légères peines correctionnelles. « Reil, Joseph Franck, Andrée se plaignent de l'insuffisance et de la brutalité des serviteurs » (Esquirol). Haymer, en 1817, s'éleva énergiquement contre l'abus des moyens de contention et spécialement des chaînes et des fauteuils de force. Mais ce ne fut que dans les établissements les mieux dirigés que ces moyens d'un autre âge furent remplacés par l'emploi de la camisole.

De nouveaux *asiles de traitement* furent fondés en 1830, à Sachsenberg (Mecklembourg), sous la direction de Flemming, et en 1834 à Winnenthal (Wurtemberg) sous la direction de Zeller.

En dehors des considérations théoriques qui présidèrent à la création d'établissements spéciaux de traitement pour les aliénés curables, intervenaient des raisons d'un autre ordre. Comme Griesinger le fait remarquer, on voulait n'appliquer, les nouvelles tentatives de réforme, très coûteuses, que pour les sujets curables : « on organisa donc pour eux des asiles

[1] Encore au milieu du siècle, nous voyons le Dr Picht, directeur de l'asile de Stralsund, tout en réprouvant l'usage des coups, faire quelquefois appliquer en sa présence quelques coups d'une verge de bouleau. Ce châtiment produisait, paraît-il, des miracles de propreté (*Annal. médico-psychol.*, 1847, p. 294).

entièrement neufs, tandis que les asiles anciens qui paraissaient tout à fait insuffisants pour que l'on pût y placer des malades guérissables, furent transformés en hospices ou maisons de refuge. On comprit que l'organisation des asiles où l'on reçoit des incurables doit être essentiellement différente sous certains rapports de celle des établissements destinés au traitement des cas récents... enfin c'est aussi dans le but d'apprendre au public que l'on peut guérir la folie, que l'on créa des hôpitaux actifs d'aliénés où l'on obtient des guérisons relativement fréquentes et rapides. »

Bientôt l'augmentation du nombre des aliénés assistés ne tarda point à rendre insuffisants, et les établissements récents réservés aux cas aigus, et les anciens asiles transformés en hospices pour les incurables. D'autre part, on s'aperçut de certains inconvénients résultant de l'existence de deux catégories distinctes d'établissements, asiles de traitement et asiles d'hospitalisation.

Roller et Damerow se prononcèrent catégoriquement contre ce système, et luttèrent pour la réunion des hôpitaux de traitement (Heilanstalt) aux asiles d'hospitalisation (Pflegeanstalt). Les établissements d'aliénés mixtes prirent alors un nom indiquant leur double destination, nom qu'ils portent encore aujourd'hui : ce furent des *Heil-und Pflegeanstalten*. Ce n'est pas à dire qu'on eût renoncé à la séparation des malades en deux catégories distinctes : curables et incurables. Au contraire, l'asile d'aliénés, tel qu'on le concevait alors, était essentiellement constitué par deux établissements plus ou moins indépendants, mais situés sur le même terrain, possédant les mêmes services économiques, la même direction médicale et servant l'un d'hôpital pour les cas aigus, l'autre d'hospice pour les chroniques. Les asiles de Marsberg (1835), d'Illenau (1842), de Nietleben (1844), de Munich (1859) furent construits sur ce plan.

Plus tard, une nouvelle transformation se produisit : la séparation des deux parties de ces asiles devint plus fictive que réelle (Griesinger), et par la force des choses, une association plus étroite, la confusion même des deux éléments constituants de l'établissement finirent par se réaliser.

L'organisation matérielle des asiles était également en progrès. Au début, on avait installé les aliénés dans de vieux couvents, dans des châteaux adaptés tant bien que mal à leur

nouvelle destination. Puis on construisit de vastes bâtiments de forme massive, se rapprochant plus des asiles anglais à allures monumentales que des asiles français. Ces constructions, rappelant en général la disposition d'une caserne à un, deux ou trois étages, étaient plus ou moins étroitement réunies les unes aux autres par des corridors fermés, des vérandas, ou des galeries couvertes. « Au centre, dit Griesinger, se trouvent quelques bâtiments de deux ou trois étages, dans lesquels sont réunis les parloirs, les bureaux, la chapelle, la cuisine, la buanderie, les magasins, les logements des employés; de chaque côté part une aile à deux étages, droite ou faisant retour, contenant les différentes sections de convalescents, de pensionnaires, de malades tranquilles... A l'extrémité de ces ailes se trouvent de petits bâtiments à un seul étage, aussi éloignés que possible du centre, qui renferment les cellules pour les malades agités que l'on isole. »

Au point de vue du plan général de chaque quartier, un vaste et large corridor, sur lequel s'ouvraient les chambres de réunion et les dortoirs, occupait toute la longueur de chaque bâtiment (*Système du corridor*).

Au milieu de ce siècle, l'assistance des aliénés avait donc réalisé en Allemagne de réels progrès. La psychiâtrie ne s'égarait plus dans le domaine stérile des discussions philosophiques. L'*Ecole somatique* s'élevait en face de l'école spiritualiste. Les travaux de Griesinger eurent, entre autres, un grand retentissement. En 1845, parut la première édition de son *Traité des maladies mentales*, réédité ensuite en 1861 [1]. Griesinger établit les conditions auxquelles doit satisfaire un établissement d'aliénés. Il veut que, dans la mesure où le permet sa destination spéciale, l'aménagement intérieur de l'asile dans son ensemble diffère aussi peu que possible d'une grande maison particulière. C'est pour lui la loi fondamentale qui doit présider à la création d'un établissement de ce genre. Il recommande d'éviter de prolonger l'isolement des malades; il réclame de grands ateliers, des jardins vastes, agréables, pourvus d'une gymnastique, d'un jeu de quilles, etc.; il demande un infirmier pour six à dix aliénés. « On devra, dit-il, accorder aux malades autant de liberté que leur état le permet..., on les

[1] Griesinger. *Traité des maladies mentales*, 1861. Trad. franç. Paris, 1865.

traitera avec bonté..., enfin on cherchera plutôt à les distraire et à les égayer, en évitant avec soin les mesures trop sévères ou les règlements qui rappellent la discipline de casernes. »

J. P. Falret, qui visita en 1845 l'asile d'Illenau dirigé alors par Roller, un des représentants de l'école somatique, fait ressortir dans sa description « l'excellence des principes qui ont présidé à l'organisation de cet établissement ». Il loue la façon dont sont organisés le service médical et le service administratif; il montre la part importante donnée aux travaux de culture, aux exercices de l'intelligence, aux réunions hebdomadaires, à la musique, aux promenades dans les environs, voire même à de véritables excursions. Il insiste sur le rôle considérable accordé au traitement individuel, physique et moral[1].

De même, Moreau (de Tours), à la suite d'un voyage en Allemagne, en 1854, remarque « les soins éclairés, l'active sollicitude dont les aliénés sont l'objet, l'émulation qui paraît régner entre les divers États pour procurer à ces infortunés la plus grande somme possible de bien-être[2]. »

*
* *

Depuis une trentaine d'années, grâce à une organisation médico-administrative excellente, grâce à une connaissance exacte des progrès réalisés à l'étranger, en France et en Grande-Bretagne, grâce surtout à la vigoureuse impulsion imprimée aux études de psychiâtrie dans les nombreuses Universités d'Allemagne, l'assistance des aliénés a subi dans ce pays une transformation suffisante pour justifier la description d'une *quatrième période*. La conception de l'asile d'aliénés s'est en effet modifiée à mesure que s'imposaient les systèmes de l'open-door et du non-restraint, à mesure que se formulaient plus nettement les exigences, trop longtemps méconnues du traitement rationnel des maladies mentales. Pour donner satisfaction aux *desiderata* de la science psychiatrique

[1] J.-P. Falret. *Des maladies mentales et des Asiles d'aliénés.* Paris, 1864.

[2] Moreau de Tours. *Réflexions sur la médecine psychiatrique en Allemagne.* Annal. médico-psych., 1854, p. 428 et 615.

moderne, pour appliquer ce traitement individuel que réclament, au même titre que les autres malades, les sujets atteints de psychoses, d'importantes réformes furent réalisées ou sont actuellement en voie de l'être. Citons rapidement la création de petits hôpitaux de traitement et de vastes colonies agricoles, la grande extension donnée au traitement en liberté, à la colonisation, à l'assistance familiale des aliénés, l'abandon presque complet de tous les moyens de contention, la transformation de la constitution matérielle des asiles, l'aménagement de plus en plus perfectionné des pavillons de surveillance, la généralisation du traitement des psychoses aiguës par le lit, la réaction contre l'isolement cellulaire, la création d'établissements spéciaux, sous forme de colonies, pour les épileptiques, les buveurs, etc., etc.

En 1839, John Conolly, médecin anglais, donnant aux principes émis par Pinel leur extension la plus large, supprima, d'une façon systématique, tous les moyens de contention (camisole de force, entraves), employés dans les asiles d'aliénés. Cette réforme mémorable connue sous le nom de système du *non-restraint*, rompait trop ouvertement avec la routine pour être acceptée d'emblée en Allemagne comme ailleurs[1].

En 1858, le Dr Brosius défendit la pratique du non-restraint au Congrès de Carlsruhe; et il donna, en 1860, la traduction de l'ouvrage de Conolly. Ludwig-Meyer appliqua le non-restraint d'une façon systématique à Hambourg, de 1861 à 1863. Griesinger se prononça en sa faveur en 1861, l'adopta à l'asile de Zurich en 1864 et l'introduisit, non sans difficulté, à la Charité de Berlin (1867). Westphal, Gudden, Cramer, Zinn, Kœppe, se déclarèrent également partisans de la suppression des moyens de contention. Actuellement l'emploi de ces derniers est tout à fait exceptionnel en Allemagne : on a même cessé de discuter sur le non-restraint, partout mis en pratique. Au cours de nos visites dans un grand nombre d'asiles publics, nous n'avons point vu un seul malade qui fût revêtu de la camisole de force.

A peu près vers la même époque (1861), Griesinger revenait sur la question de la *séparation des curables et des incurables*. On avait alors presque partout renoncé, en Allemagne, non

[1] Hayner, en 1817, s'était déjà prononcé contre l'abus de la camisole de force : il ne voulait pas qu'on l'employât plus de quelques heures.

seulement aux asiles distincts pour ces deux catégories d'aliénés, mais encore à répartir les malades, dans chaque établissement, d'après leur curabilité. Il existait en effet, en 1852, en Allemagne et en Autriche, 47 asiles mixtes, 8 asiles de traitement, et 27 hospices d'aliénés chroniques. Les établissements de traitement contenaient d'ailleurs, et contiennent encore maintenant, une forte proportion d'incurables[1]. Les hospices de chroniques ne servaient qu'à débarrasser les asiles mixtes de l'excédent de leur population. Griesinger se déclara néanmoins partisan d'établissements distincts pour les curables et les incurables. D'après lui, « il était prématuré de vouloir rejeter d'une manière absolue le système des hôpitaux actifs proprement dits[2] ». « Un mode bien entendu d'assistance publique des aliénés, dit-il, doit satisfaire à deux conditions essentielles ou, si l'on veut, doit comprendre deux espèces principales d'asiles, qui doivent être absolument séparés parce qu'ils doivent avoir une situation, une distribution et une organisation complètement différentes, les malades devant faire *dans les uns un séjour exclusivement transitoire; dans les autres, un séjour prolongé*[3]. »

Griesinger demandait en conséquence la création pour les aliénés de trois catégories d'établissements : 1° un *hôpital urbain* destiné à admettre le plus promptement possible les cas aigus; 2° une *colonie agricole* pour les aliénés chroniques capables de travailler et n'ayant pas besoin de soins médicaux constants; 3° un *hospice* pour les aliénés infirmes.

L'hôpital de séjour transitoire pour les cas aigus devait, d'après Griesinger, être situé aussi près que possible d'une grande ville (Stadtasyl), n'avoir point l'aspect d'une caserne. et pour cela être formé de pavillons détachés. Un grand nombre d'aménagements indispensables aux asiles de chroniques, tels qu'ateliers, théâtre, salle de gymnastique, jeux de boules, etc., étaient inutiles pour l'hôpital urbain. Le nombre des lits, ne devait pas dépasser 100 à 120; et même, si le mouvement était assez actif 60 à 80. « C'est en effet à peine,

[1] L'asile de traitement de Sonnenstein renfermait, en 1879, 48 p. 100 d'incurables.

[2] Griesinger. *Loc. cit.*

[3] Griesinger. *Über Irrenanstalten und deren Weiter-Entwickelung in Deutschland.* Arch. f. Psychiatrie I, 1867 (*Annal. médic. psychol.*, 1868, p. 436).

dit Griesinger, si un seul médecin peut suivre exactement et traiter activement d'une manière sérieuse un chiffre aussi considérable (100) d'aliénés. » (*Traité des maladies mentales*, p. 578). Un pavillon spécial était réservé aux malades ayant besoin d'une surveillance permanente, et aménagé en vue de cette destination. Les autres pavillons devaient comprendre des salles de réunion, des salles à manger gaies et bien décorées, et un grand nombre de chambres à un lit. La durée du séjour des aliénés dans l'asile urbain devait être courte, et ne pas dépasser un an. Dans les villes universitaires, cet hôpital devait servir de clinique de psychiâtrie[1].

Les vues émises par Griesinger furent l'objet de nombreuses critiques, de la part, entre autres, de M. H. Laehr[2] et de M. Brosius. Dans ces derniers temps cependant, la thèse de Griesinger a trouvé de nouveaux défenseurs. Le professeur Kraepelin se base sur les exigences bien distinctes du traitement médical des psychoses aiguës et de la colonisation des formes chroniques, pour demander la création de deux sortes d'établissements. Les uns, situés dans les villes, ne possédant qu'un nombre de lits très restreint, serviraient de bureau d'admission, d'hôpital de traitement, et, le cas échéant, de clinique de psychiâtrie. Les autres, plus vastes, installés en vue d'un séjour prolongé, pourraient être placés à une certaine distance des villes. L'asile urbain transférerait dans l'établissement d'hospitalisation les malades pour lesquels le séjour à l'hôpital de traitement ne serait pas, ou aurait cessé d'être nécessaire.

Le professeur Meschede [3] est également partisan de la créa-

[1] Le programme de Griesinger se rapproche sensiblement des conceptions formulées antérieurement par Esquirol. « Peut-être, dit Esquirol, conviendrait-il de faire un petit nombre d'établissements dans chacun desquels on pourrait réunir 150 à 200 aliénés mis en traitement; ces établissements serviraient de modèle d'école d'instruction, et d'objet d'émulation pour les autres maisons. On ne serait admis dans ces établissements qu'à des conditions particulières... : 1° l'aliéné, pour être admis, ne devrait point avoir été traité ailleurs; 2° sa maladie ne devrait dater que d'un an au plus; 3° aussitôt qu'il serait reconnu incurable, il serait renvoyé; 4° il ne pourrait rester plus de deux ans dans l'hôpital ou l'asile. Je dis deux ans, l'expérience m'ayant prouvé qu'il guérit presque autant d'aliénés dans le cours de la seconde année depuis l'invasion de la maladie, que dans la première. » (Esquirol. *Traité des maladies mentales*, t. II, p. 404. Paris, 1838.

[2] H. Laehr. *Fortschrit-Rückschritt*. Berlin, 1868.

[3] Meschede. *Uber Errichtung getrennter Anstalten für heilbare und unheilbare*. Allgem. Zeitsch. fur Psychiatrie, 1894, t. LI, f. 1.

tion dans les grandes villes de petits hôpitaux d'aliénés. Il constate que dans les établissements de ce genre le nombre des admissions de sujets curables est plus considérable que dans les asiles ordinaires (59,79 d'aliénés curables à l'asile clinique de Kœnigsberg). Il en conclut que le public manifeste de la répugnance à placer les aliénés dans les établissements ordinaires, encombrés d'incurables, tandis qu'il hésite moins longtemps à les faire traiter dans une clinique de malades curables. Or on sait que ces atermoiements ont pour résultat d'entraîner l'incurabilité. M. Meschede propose en conséquence la fondation d'*établissements de traitement des maladies mentales*.

Le principe des *quartiers de surveillance continue*, exposé par Parchappe en 1853[1], ne fut appliqué que plus tard en Allemagne. L'asile de Hambourg possédait en 1864 une section de surveillance. Gudden, en 1867, fait allusion à la nécessité de la surveillance continue des mélancoliques à idées de suicide, ainsi que des sujets atteints de psychoses aiguës. Griesinger, en 1868, déclare que 25 p. 100 des aliénés traités dans l'hôpital urbain qu'il réclame auront besoin d'une surveillance permanente et de locaux *ad hoc*.

Le pavillon d'admission et de surveillance devait comprendre, d'après Griesinger, deux grandes salles (infirmerie et salle de surveillance), des chambres d'isolement pour les agités, une cellule matelassée, une salle de bains, une salle-lavabo. Chaque malade nouvellement admis devait rester en observation dans ce quartier spécial, au moins durant quelques jours. En 1869, Gudden parle, dans son rapport annuel, de l'organisation d'une salle de surveillance permanente où il réunit certaines catégories de malades. Scholz installe, en 1876, un quartier de surveillance continue à Brême, et L. Meyer organise en 1877, à Marbourg, une section clinique de surveillance. Il en est de même à l'asile de Nietleben, à la Charité de Berlin. En 1880-1883, le Dr Paetz fait construire à Alt-Scherbitz le premier pavillon de surveillance spécialement adapté à son but, avec aménagement particulier en vue du traitement par le lit[2]; un autre pavillon distinct est réservé aux aliénés atteints d'affec-

[1] Parchappe. *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*. Paris, 1853.

[2] Nous avons donné une description de ce pavillon dans notre travail sur l'*Assistance des alcooliques en Suisse, en Allemagne et en Autriche*. Montévrain, 1894.

tions somatiques (infirmerie). La question des pavillons d'admission et de surveillance fut étudiée de nouveau, en 1885, au Congrès des médecins aliénistes de Baden-Baden par Gudden, en 1887, par M. Paetz au Congrès de Wiesbaden, et tout récemment par M. Kraepelin, qui a organisé à la clinique de Heidelberg, une section de surveillance continue, comprenant le tiers du chiffre total des lits, et affectée aux psychoses aiguës nécessitant un traitement actif ou une surveillance permanente (mélancoliques, malpropres, maladies incidentes). « C'est, disait Parchappe en 1864, par le perfectionnement successif du classement des aliénés et de l'appropriation des quartiers de classement que s'exprime et se mesure le progrès[1]. » Il faut reconnaître que les asiles récemment construits en Allemagne donnent une entière satisfaction aux desiderata formulés en France par Parchappe. Ce ne sont plus les établissements de rigoureuse détention, les « prisons médicales » (Pinel) de jadis, mais bien des *hôpitaux* pour la guérison des maladies mentales.

L'adoption du non-restraint, la réalisation des conditions nécessaires au traitement méthodique des formes aiguës, furent suivies de l'essai du traitement en liberté des malades chroniques ou convalescents.

Le traitement des aliénés en liberté, inauguré en Ecosse, sous le nom de système de l'*open-door*, ou des portes ouvertes, eut en Allemagne un grand retentissement; mais on n'arriva point du jour au lendemain à l'appliquer dans toute sa rigueur. Les asiles construits d'après le système des pavillons servirent de transition entre les anciens établissements fermés et les colonies aménagées en vue du traitement en liberté. Par leur segmentation en un grand nombre de pavillons détachés, placés entre des jardins, on chercha à enlever aux établissements d'aliénés le fâcheux aspect de prison ou de caserne qu'ils avaient encore conservé, à faire jouir les malades de plus de liberté. Les asiles de Marburg (1876), de Dalldorf (1880); la clinique de Halle (1891); l'asile de Herzberge (Berlin, 1893) témoignent de cette préoccupation. Mais ces divers établissements, qui présentent une certaine ressemblance avec ceux du département de la Seine, ont encore tous, ou presque tous, le caractère d'établissements « fermés ». Quel-

[1] Parchappe. Art. *Aliénés*. Dict. encycl. des scienc. méd.

ques-uns cependant, par certaines de leurs sections, peuvent être considérés comme servant de transition avec les asiles-colonies construits, sur un plan tout différent, en vue de la pratique du traitement en liberté, de l'application des systèmes de l'open-door et de la colonisation. Avant d'esquisser leur constitution matérielle donnons un historique rapide de la question de la colonisation des aliénés en Allemagne.

C'est en France, comme le rappelle M. le Dr Paetz, qu'ont été faites les premières tentatives de colonisation : en 1820 à Bicêtre, en 1832 à la ferme Sainte-Anne, en 1847 à la colonie de Fitz-James. Ces essais furent imités en Allemagne. Roller, en 1858, déclare qu'un grand nombre de malades n'ont que faire de séjourner dans un asile et qu'ils seraient susceptibles de bénéficier de plus de liberté. En 1859, l'asile privé de Christophbad, à Goppingen (Wurtemberg), fonde le premier une colonie d'aliénés à Freihof : quarante malades appartenant aux classes travailleuses, et quelques-uns d'un milieu social plus élevé, sont occupés à l'exploitation agricole d'un terrain de 100 hectares. En 1862, Damerow défend aussi cette thèse, qu'une forte proportion des sujets internés dans les asiles seraient mieux à leur place dans une colonie agricole. En 1864, l'asile de Hildesheim, qui occupait depuis 1860 un certain nombre de malades aux travaux des champs, loue un domaine de 15 hectares qu'il fait exploiter par quarante aliénés. Les résultats furent très satisfaisants, et actuellement quatre-vingts malades, soit 19 p. 100 de l'effectif des hommes, sont employés à des travaux agricoles sur un domaine de 173 hectares; le rendement est de 310 francs à l'hectare. En 1865, l'asile d'Iéna s'annexe la colonie de Kapellendorf, remplacée en 1880 par la colonie de Blankenhain : trente-six malades exploitent un domaine de 42,7 hectares.

Griesinger, en 1868, se prononce en faveur du traitement en liberté des aliénés et de la colonisation des chroniques. « L'idée, dit-il, du traitement en masse, avec la discipline de caserne, d'aliénés susceptibles encore d'une vie plus humaine, a vécu et n'a plus d'avenir ». En 1868, l'asile de Colditz (Saxe) emploie 329 malades hommes, soit 33 p. 100 de l'effectif de la division des hommes, sur le domaine de Zchsadrass (91 hectares): le rendement est de 320 francs à l'hectare. Le Dr Wahrendorf, crée en 1869 la colonie d'Ilten (Hanovre). L'asile de

femmes de Hubertusburg fonde en 1870 la colonie de Reikwitz (90 hectares), où 104 femmes accomplissent tous les travaux agricoles, sauf pour ce qui concerne la conduite des attelages. En 1871, le Dr Snell se déclare aussi partisan de la colonisation des aliénés.

Nous allons voir quelle vaste extension a reçue, dans ces dernières années, le système de la colonisation, système que Kraepelin considère comme excellent pour les invalides psychiques incapables de se diriger eux-mêmes. « Ces sujets peuvent, grâce à l'influence favorable du travail, rester plusieurs années dans un état de santé passable, alors que sans cette mesure, ils seraient rapidement devenus déments. J'ai vu des malades qui, après un séjour de nombre d'années dans un asile fermé, ont pu, sous l'influence d'une liberté relative et du travail dans une colonie, reprendre possession de leurs facultés psychiques d'une façon surprenante [1]. »

Ce fut seulement en 1876 que les systèmes de l'open-door et de la colonisation des aliénés reçurent, grâce à Kœppe et surtout à M. le Dr Paetz [2], tout le développement qu'ils méritaient. La création de l'asile-colonie d'Alt-Scherbitz, basée sur ces principes, constitue un progrès considérable dans l'assistance des aliénés en Allemagne ; une formule nouvelle y est appliquée qui donne satisfaction aux exigences modernes de la science et de l'humanité. Auparavant, on avait vu de grands asiles s'annexer une petite colonie agricole. A Alt-Scherbitz au contraire, les termes de la proposition furent pour ainsi dire renversés : ce fut à une vaste colonie d'aliénés renfermant près des deux tiers de la population totale de l'établissement, qu'on adjoignit un hôpital pour le traitement des malades atteints de psychoses aiguës, et pour l'isolement et la surveillance de ceux auxquels leur état mental ne permettait pas de bénéficier de la vie en liberté.

Les asiles-colonies construits sur le plan d'Alt-Scherbitz sont donc essentiellement composés de deux parties bien distinctes : la *colonie* où l'on applique le système de l'open-door, c'est-à-dire où les malades jouissent d'une certaine liberté, et l'*asile* proprement dit, l'établissement central, où les aliénés

[1] Kraepelin. *Psychiatrie*. Leipzig, 3e édit., p. 232.

[2] On doit à M. Paetz un important travail sur la *colonisation des aliénés dans ses rapports avec le système de l'open-door*. (Berlin, 1893.) La question y est traitée de la façon la plus complète.

sont, non point, comme ailleurs, « détenus » derrière des murs et des grilles, mais soumis à un traitement individuel sérieux, et à une surveillance constante. Partout, aussi bien à la colonie qu'à l'hôpital central, se manifeste la préoccupation d'écarter ce qui pourrait rappeler une maison de détention, voire même une caserne. On s'ingénie à procurer aux malades la plus grande liberté possible : tout dans l'organisation matérielle et morale de l'établissement tend à donner satisfaction à ce principe. Point de ces quartiers, tous bâtis sur le même modèle, symétriquement disposés, flanqués d'un préau rectangulaire : rien de cette uniformité dont l'œil se lasse et qui donne à la plupart de nos asiles une physionomie si monotone; point d'enceinte de clôture élevée; point de murs de séparation entre les divers quartiers; point de galeries couvertes; point de barreaux aux fenêtres, point de sauts de loup. Toutes ces dispositions si pénibles, si inutiles aussi, des asiles fermés sont remplacées par un classement soigneux des aliénés dans des pavillons complètement isolés, ne renfermant que 25 à 40 malades, par une surveillance constante exercée à l'aide d'un personnel nombreux et bien dressé, par un traitement individuel que permettent d'instituer non seulement le nombre des médecins, mais aussi l'utilisation intelligente de tout le personnel médical.

Les pavillons composant l'asile central sont tous dissemblables, et cela se conçoit, puisqu'ils sont adaptés chacun à un but différent : il y a des pavillons de surveillance, d'admission, d'observation, deux pavillons d'agités, un pavillon d'infirmerie. Les uns n'ont qu'un rez-de-chaussée (pavillons de surveillance); la plupart possèdent un premier étage. Tous sont décorés de vérandas, de balcons ; tous sont entourés de jardins clos par une simple barrière de $1^{m},65$ de hauteur (de 2 mètres dans les pavillons de surveillance). Dans la colonie, ce sont de véritables cottages disséminés en ordre dispersé dans un parc; la façade de ces villas est ornée de vérandas que décorent des plantes grimpantes; fenêtres et portes ne sont point fermées à clef. Dans l'aspect extérieur, dans l'aménagement intérieur, dans le mobilier même des divers pavillons et villas, on cherche à se rapprocher autant que possible des habitations ordinaires.

Nous n'avons pas le loisir d'insister ici sur cet établissement modèle. Qu'il nous suffise de dire que l'asile-colonie d'Alt-

Scherbitz réalise à nos yeux, le type de l'établissement d'aliénés moderne : c'est la formule *définitive*, s'il est permis en pareille matière, d'employer ce mot. D'autres asiles construits sur le même plan existent en Allemagne : ceux de Zchsadrass, d'Untergoltzsch, de Gabersee, de Nietleben, de Wühlgarten. Des asiles-colonies analogues sont en voie de construction ou sont projetés en Norvège, en Russie, en Suède, en Hollande, en Amérique.

Nous serons brefs sur le développement en Allemagne de l'*assistance familiale des aliénés*. On sait que certains malades chroniques, tranquilles, ne retirent aucun avantage d'un séjour prolongé dans un asile : le traitement de ces sujets dans des familles étrangères qui se chargent, moyennant une rétribution assez faible, de leur entretien, est avantageux en ce qu'il permet aux malades de bénéficier de la vie en liberté et de la vie de famille. Ce mode d'assistance, pratiqué à Gheel (Belgique) depuis plusieurs siècles, a été appliqué pour la première fois en Allemagne, à la fin du siècle dernier, par le Dr Engelken, directeur de l'établissement privé de Rockwinkel, près Brême. La ville de Brême confia plus tard une certaine catégorie de ses aliénés à l'assistance familiale. En 1861, Griesinger déclare, en s'appuyant sur l'exemple de Gheel, qu'un grand nombre de malades n'ont pas besoin de rester internés dans les asiles, qu'on peut leur accorder plus de liberté qu'on ne le fait habituellement, et même les laisser vivre dans les familles. Roller propose d'installer une colonie familiale dans les environs de l'asile d'Illenau[1]. En 1878, le service de l'assistance familiale fut complètement réorganisé à Brême. La province de Hanovre eut recours également, en 1880, à ce mode d'assistance ; la colonie d'Ilten est fondée par le Dr Wahrendorff. En 1885, la ville de Berlin adopta, elle aussi, l'assistance familiale pour un certain nombre d'aliénés chroniques : en 1893, 209 de ces sujets étaient assistés dans leur propre famille, ou dans des familles étrangères, tout en restant soumis à une surveillance médicale périodique. L'asile de Bunzlau (Silésie) place, depuis 1886, un certain nombre de malades chez des nourriciers du village de Looswitz. Des essais analogues ont été tentés dans la Prusse orientale, en 1890, à Kortau et à Allenbergh.

[1] J. Falret. Les *Aliénés et asiles d'aliénés*. Paris, 1890.

*
* *

Nous avons, aussi rapidement que possible, esquissé l'histoire du développement de l'assistance des aliénés en Allemagne. Grande est la part qui revient aux idées françaises et anglaises dans les progrès considérables qui ont été réalisés. L'influence française est prépondérante dans la première moitié du siècle, l'influence anglaise domine dans la seconde. Actuellement, par l'application rigoureuse du non-restraint, par l'extension de jour en jour plus généralisée de l'open-door, par la subordination étroite du plan général et de l'organisation matérielle des établissements aux exigences du traitement, par la segmentation des asiles en un grand nombre de pavillons complètement indépendants, ne renfermant chacun qu'un nombre très restreint de malades, ayant chacun une organisation matérielle et morale spécialement adaptées à leur destination ; par le grand développement donné à la colonisation des aliénés chroniques: par le traitement individuel des psychoses curables; par le nombre, relativement considérable, des médecins ainsi que du personnel de surveillance, par l'excellente organisation du service médical, nombre d'asiles ont cessé d'être des maisons de détention, pour devenir à la fois de véritables hôpitaux pour le traitement des maladies mentales, et des colonies pour la vie en liberté des sujets convalescents et incurables[1].

Une question se présente maintenant à l'esprit, question qu'il n'est point possible d'éluder. L'assistance des aliénés, créée en France, a-t-elle, dans notre pays, et plus particuliè-

[1] L'Allemagne possédait en 1890, pour une population de 40,855,704 habitants, 122 asiles publics d'aliénés avec 43,251 malades et 370 médecins. Le nombre des établissements consacrés aux idiots était de 7; celui des asiles et des colonies destinés aux épileptiques de 19, parmi lesquels des établissements modèles (Bielefeld, Wuhlgarten, Hochweitschen). Les colonies d'alcooliques étaient au nombre de 8. Trois quartiers étaient spécialement réservés dans les établissements pénitentiaires aux criminels devenus aliénés. L'enseignement des maladies mentales est actuellement assuré dans 19 universités par autant de chaires de psychiatrie. Treize sociétés de patronage s'occupent de procurer du travail et de secourir les aliénés guéris à leur sortie des asiles. Plusieurs écoles spéciales sont chargées de l'instruction professionnelle du personnel de surveillance. Il existe 6 revues spéciales des maladies mentales et dix sociétés de psychiatrie. (H. Laehr. *Die Heil-und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke des deutschen Sprachgebietes in J.* 1890. Berlin, 1891.)

rement dans le département de la Seine, suivi toujours une marche parallèle à celle dont nous avons tracé les progrès en Allemagne? N'avons-nous rien à envier, pour ce qui est de la constitution matérielle et morale de nos établissements, de l'organisation du service médical, n'avons-nous rien à envier à l'étranger? Bref, possédons-nous dans nos asiles actuels ces « instruments de guérison », que réclamait Esquirol au début de ce siècle?

Nous sommes trop respectueux de la vérité pour dissimuler qu'il est loin d'en être ainsi. C'est là, certes, un aveu pénible, mais celer un état d'infériorité n'est point le faire disparaître, c'est l'aggraver. Il n'est que temps d'aviser, il n'est que temps de procéder et à une réforme radicale de la constitution matérielle de nos asiles, et à une réorganisation sérieuse du service médical, si nous voulons, pour ce qui est de l'assistance des aliénés, reconquérir la place que nous n'aurions jamais dû perdre.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. Sur l'effet hypnotique du chloralose; par le Dr Hascovec.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : 1° le chloralose à la dose de 0 gr. 2 à 0 gr. 4 agit dans les maladies mentales et nerveuses comme sédatif; à dose plus forte, 0 gr. 50 à 1 gramme, comme hypnotique. Il se recommande à ce titre chez les maniaques, surtout jeunes, chez les épileptiques et chez les alcooliques. On ne saurait l'employer sous peine de voir apparaître les symptômes d'intoxication sous forme de convulsions, chez les sujets âgés ou atteints d'une maladie organique du cerveau; 2° Les malades s'accoutument au chloralose et celui-ci s'accumule; 3° La marche de la maladie n'est pas influencée par le chloralose; 4° Les malades prennent très facilement le chloralose dissous. (*Revue neurologique*, oct. 1894.) E. B.

II. Note sur un cas de lamnectomie pour paraplégie congénitale; par le Dr A. Chipault.

Il s'agit d'un petit malade atteint de paraplégie congénitale flasque sans atrophie, avec incontinence absolue de l'urine et des

matières fécales et anesthésie complète pour tous les modes de sensibilité.

Pensant qu'il s'agissait d'une hydrorachis sans spina-bifida, le diagnostic de tumeur congénitale des méninges, possible aussi, rendant utile une intervention exploratrice, l'auteur enleva le douzième arc dorsal, premier et deuxième lombaire, tout à fait normaux. Une dissection attentive du contenu du canal rachidien lui permit de constater, à sa grande surprise, qu'il ne renfermait ni méninges, ni moelle, ni racines, mais seulement du tissu adipeux léger, analogue comme aspect et consistance au tissu graisseux normal de l'espace épidural. Le petit doigt, introduit sur une longueur de plus de trois centimètres dans le bout supérieur du canal rachidien, constata que, sur cette étendue, le canal ne contenait aucun organe d'une consistance ou d'une résistance supérieures à celles du tissu graisseux précité.

Naturellement, l'intervention n'eut aucun résultat thérapeutique. (*Revue neurologique*, sept. 1894.) E. B.

III. Du traitement de l'accoolisme; par le Dr Reed.

L'alcoolisme, en étendant de plus en plus ses ravages, attire en tous pays l'attention du médecin et du législateur. Après avoir énuméré les causes et les formes diverses de l'alcoolisme, l'auteur indique quelles seraient les mesures à prendre contre les alcooliques. Tout d'abord, lorsqu'un traitement dans une maison particulière ou à domicile, serait incapable de réfréner les habitudes de l'alcoolique, il faudrait mettre ce dernier, sur la demande d'un parent responsable, accompagné de témoins dignes de foi, dans une école militaire et industrielle dépendant de l'Etat. Quant aux alcooliques incorrigibles, il faudrait les envoyer aussitôt que possible, par un jugement du tribunal, dans un asile d'aliénés criminels et d'ivrognes, leur faisant ainsi subir une sorte d'incarcération préventive pour les conséquences criminelles qu'aurait plus tard chez eux le développement de leur déplorable habitude. (*The alienist and neurologist.*, avril 1894.) E. B.

IV. Remarques sur le traitement médical de l'épilepsie chronique; par le Dr Roudurant.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes:

1° Le borate de soude, l'antipyrine, l'acétanilide, la phénacétine et plusieurs autres corps présentés comme des agents antiépileptiques sont, sauf de rares exceptions, sans influence sur la marche de l'épilepsie chronique vers la folie;

2° Le naphtol peut rendre quelques services, mais pas beaucoup plus que les purgatifs;

3° Les bromures retardent l'apparition des crises, mais dans la plupart des cas font plus de mal que de bien;

4° En cas d'agitation maniaque, l'isolement peut être nécessaire : peu ou point de sédatifs du système nerveux;

5° Le meilleur remède dans l'état de mal épileptique est la saignée. Comme médicament, le plus recommandable est le chloral. (*American journal of insanity*, 1894.) E. B.

V. Expériences a l'aide de la curarine (de Bœhm) dans la tétanie; par A. Hoche. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Observation de tétanie grave; jusqu'à trois accès de contracture par jour, durant chacun près d'une heure, et s'étendant aux extenseurs des jambes, au dos, au larynx, au pharynx, aux muscles des yeux, aux intercostaux. Dyspnée, stridor laryngien, atteinte probable du diaphragme. En présence de la gravité de ces accidents, on a recours à la curarine, d'abord à doses minimes, en injections hypodermiques de 0mm,25. Aux doses de 0mm,7 on obtient déjà de la paralysie motrice des deux jambes, de l'affaissement des muscles abdominaux, sans que disparaisse la contracture des mains. Mais il y a amélioration générale, le pouls et la respiration sont moins fréquents; il est évident que la résolution des contractures des muscles respiratoires et la disparition des douleurs provoquées par les contractures doivent être attribuées à la curarine P. K.

VI. Traitement de l'acromégalie par la poudre de glande thyroïde; par le Dr Salomon Solie-Cohen

Chez un acromégalique cachectique et souffrant de violents maux de tête, le traitement par la poudre de glande thyroïde amena la cessation des maux de tête en même temps que la diminution de la polyurie et l'augmentation du taux de l'urée.

De nouveau, la médication thyroïdienne amena chez le même malade, quelque temps après, la disparition d'une sciatique très douloureuse.

La poudre de corps thyroïde de mouton était donnée à la dose de 0gr,25 chaque matin. L'auteur estime que le traitement précoce de l'acromégalie, par la médication thyroïdienne s'opposerait à l'hypertrophie du corps pituitaire. (*The alienist and neurologist*, juillet 1894.) E. B.

VII. Le chlorobrome comme hypnotique chez les aliénés; par le Dr Percy Wade.

Le chlorobrome n'est pas un corps défini; c'est un mélange, à parties égales, de bromure de potassium et de solution aqueuse

de chloramide. Donné à la dose de 30 grammes de la solution, une heure avant le coucher, cet hypnotique donne un sommeil tranquille, de cinq heures de durée en moyenne.

L'auteur estime que cette préparation représente, en somme, un bon hypnotique, surtout recommandable dans la mélancolie : dans la manie, son action serait aussi durable que celle de n'importe quel autre hypnotique. (*American journal of insanity*, avril 1895.)

E. B.

VIII. Sur la chirurgie cérébrale dans les aliénations mentales; par le Dr René Semelaigne.

Dans une étude d'ensemble aussi complète qu'intéressante, l'auteur passe en revue les divers cas d'intervention chirurgicale dans les aliénations mentales à l'étranger, car, en France, sauf exceptions assez rares, on reste sur l'expectative. Et d'abord, quelles sont, chez les aliénés, les indications de la trépanation?

Les opérations ont été surtout préconisées dans les cas de folie traumatique ou de pression intracrânienne, et ce sont, en effet, les seules circonstances où l'intervention chirurgicale puisse être discutée.

D'après les partisans de la chirurgie cérébrale chez les aliénés, on peut toujours, dans les cas désespérés, tenter une opération qui, bien pratiquée, est absolument inoffensive. Négligeant les quelques accidents qui se sont produits, et admettant, avec M. Lucas-Championnière, que le danger ne provient pas de la trépanation, mais de la lésion, il reste à savoir si l'opération présente quelque utilité. Dans le cas de traumatisme récent, avec délire consécutif, elle peut être indiquée, toutes circonstances dûment considérées et après mûres réflexions.

Sur la question de l'opération dans le cas de pression intracrânienne, l'accord est loin d'être fait, même en Angleterre, et le temps n'est pas encore venu de classer le trépan parmi les modes de traitement de la paralysie générale.

Quant au grattage des circonvolutions, à l'excision plus ou moins complète de telle ou telle partie de l'écorce cérébrale, cette pratique paraît inacceptable. (*Annales médico-psychologiques*, mai 1895.)

E. B.

IX. Contribution a l'étude de l'action sédative du chloralose; par le Dr Marandon de Montyel.

Si l'on s'est déjà beaucoup occupé du chloralose en tant qu'hynotique, on n'a accordé qu'une attention distraite à sa vertu calmante, et c'est précisément pour l'étude de ce point d'histoire que l'auteur présente une série de vingt-trois observations personnelles. La con-

clusion qui découle de ces observations, c'est que le chloralose, en dehors même des accidents d'hyperexcitabilité musculaire qu'il est susceptible de déterminer, surtout chez les paralytiques, n'est à conseiller ni dans la vésanie, ni dans la paralysie générale comme calmant diurne. En effet, si son influence sédative est incontestable dans l'immense majorité des cas, elle est malheureusement éphémère et ne se retrouve que difficilement, malgré l'élévation des doses. C'est, du reste, la conclusion à laquelle M. Marandon de Montyel, dans un précédent travail, était arrivé relativement à l'emploi du chloralose comme hypnotique chez les aliénés.

Il faut ajouter que, sous son influence, les hallucinés auxquels le chloralose a été prescrit, ont souffert d'une aggravation notable de leurs troubles sensoriels, même visuels, malgré la propriété dont est douée la substance de déterminer la cécité psychologique. (*Annales médico-psychologiques*, mai 1895.) E. B.

X. Les paralysies faciales otitiques : un cas traité par résection des parois du canal de Fallope dans son trajet pétreux; par les Drs A. Chipault et Daleine.

La lésion otitique provocatrice d'une paralysie faciale, peut agir sur le nerf en des points les plus divers de son trajet pétreux et déterminer diverses variétés anatomiques de paralysie faciale otitique qui sont parfois possibles à distinguer cliniquement les unes des autres, comme les auteurs nous l'indiquent, soit par l'étude de la paralysie même, soit par l'examen de l'otite causale. La recherche de la cause de la paralysie permet d'établir parmi les formes de la paralysie faciale une véritable échelle de gravité ascendante : *a.* la forme congestive bénigne et transitoire, due à une otite légère; — *b.* les formes dues au contact du nerf avec le pus, plus sérieuses et de gravité variable suivant le point où se fait ce contact; — *c.* les formes dues à la nécrose d'une partie du canal de Fallope, plus sérieuses encore, en général, que les formes dues au contact du nerf avec le pus.

Le pronostic spontané des diverses variétés de paralysie otitique, peut être notablement amélioré par un traitement méthodique, ordinairement discret, parfois conduit avec une hardiesse nécessaire. C'est ainsi que les auteurs ont eu l'occasion, récemment, de pratiquer le dégagement du nerf facial dans toute l'étendue de la traversée pétreuse, chez un malade atteint de nécrose labyrinthique et mastoïdienne avec paralysie faciale complète. Le nerf ne fut nullement lésé au cours de l'intervention, que suivit une diminution marquée de la paralysie. A propos de la relation de ce cas, MM. Chipault et Daleine donnent une description précise du manuel opératoire délicat du dégagement du facial dans son trajet pétreux. (*Revue neurologique*, mai 1895.) E. B.

XI. Chirurgie de la capsule interne; par les Drs A. Chipault et A. Demoulin.

A propos d'une malade chez qui le diagnostic hypothétique d'abcès de la capsule interne droite avait été porté, diagnostic non justifié d'abord au moment d'une intervention chirurgicale, ensuite à l'autopsie, les auteurs montrent qu'on peut, en se guidant sur des points corticaux bien déterminés, atteindre la capsule interne. Le rapport avec la surface cranienne de ces points corticaux est bien connu : il sera donc facile, dans un cas donné, de les mettre à découvert et d'introduire en se guidant sur eux le bistouri puis le doigt jusqu'à la région cherchée; et de fait, dans le cas présent, trois incisions faites s'étaient rencontrées au point voulu, à la partie antérieure du bras postérieur de la capsule interne et si, au lieu d'un foyer de ramollissement, il y avait eu un abcès, cet abcès eut pu être évacué. (*Revue neurologique*, mars 1895.) E. B.

XII. Cas de myxœdème traité avec succès par l'extrait thyroïdien; par le Dr J. Harold.

Il s'agit d'un homme de cinquante et un ans, sans antécédents héréditaires ou personnels chez qui un état myxœdémateux s'était peu à peu développé : lorsqu'il entra à l'hôpital, il présentait l'apparence caractéristique d'un cas avancé de myxœdème. Un premier mode de traitement par des injections sous-cutanées extrait glycériné de la glande thyroïde, ne donna pas de résultats et fut abandonné pour faire place à l'administration par voie stomacale de tablettes contenant chacune 0 gr. 25 d'extrait sec de la glande. On donna par jour de une à trois tablettes.

Bientôt se manifestèrent les effets favorables du traitement, tant du côté de la peau, du tissu cellulaire, de la température, que de l'état général et dans la sphère intellectuelle. Au cours du traitement survinrent quelques névralgies de la face et quelques palpitations de peu de durée, la guérison fut complète et le malade, revu par l'auteur un an après sa sortie de l'hôpital, ne présentait aucun signe de rechute. (*The alienist and neurologist*, octobre 1894.)
E. B.

XIII. Recherches physiologiques et thérapeutiques sur la pseudohyosciamine de Merck; par le Dr Guicciardi.

La pseudohyosciamine est un alcaloïde extrait par Merck, de la duboisia myoporoïdes, plante de la famille des solanées : il appartient au groupe des poisons mydriatiques dont le prototype est l'atropine.

Les idiots et les déments résistent assez bien aux effets de cet

alcaloïde : alors qu'un jeune idiot supporte sans effets appréciables une dose de 5 à 6 milligrammes, les autres aliénés sont sensibles aux doses de 2 à 3 milligrammes et un homme actif et intelligent à la dose de un milligramme.

Les phénomènes généraux déterminés par la pseudohyosciamine sont semblables à ceux de l'atropine. A dose légère, elle donne de l'ivresse gaie; à dose plus forte, surviennent de la faiblesse, de la torpeur physique et intellectuelle, de la somnolence et rarement du sommeil.

L'auteur a essayé la pseudohyosciamine chez certains maniaques, dans quelques formes d'imbécillité et dans l'hystérie.

Il est encore difficile de se prononcer sur les effets curatifs de cet alcoloïde, mais il paraît présenter des qualités sédatives. Il a paru modifier avantageusement les convulsions hystériques. (*The alienist and neurologist*, janvier 1895.) E. B.

XIV. Emploi thérapeutique de l'extrait thyroïdien.

L'un des auteurs, M. Auld, l'a appliqué au traitement du psoriasis et du goitre exophtalmique, il déclare s'en être bien trouvé (une lettre ultérieure de H.-W. Mackenzie combat d'ailleurs ses conclusions en ce qui concerne la maladie de Graves). M. Duncan Menzils préconise le même médicament pour la cure de la syphilis maligne des Indes, concurremment d'ailleurs avec le traitement mercuriel ordinaire. (*British Medical Journal*, 7 juillet 1894.) A. M.

XV. L'épilepsie et son traitement; par Crowley et Hoisholt. (*Occidental Medical Times;* mars et avril 1894.)

I. Observation d'épilepsie idiopathique — datant de l'enfance chez une femme de vingt-six ans. — La plus grande fréquence des attaques et un embarras croissant de la parole déterminèrent l'auteur, D. Crowley, a faire la trépanation au niveau de la circonvolution de Broca.

Le crâne épais fut perforé et la dure-mère adhérente dilacérée au cours de l'opération, puis la plaie pansée et guérie en peu de jours. La parole redevient facile peu à peu et trois mois après elle n'avait encore eu aucune nouvelle attaque.

II. Observation d'épilepsie procursive type à propos de laquelle l'auteur, P. Hoisholt, rappelle le cas de Bodius (1649) et ceux de Bourneville et Bricon (*Arch. neurol.*, 1887). Le malade était âgé de dix-huit ans et malade depuis un an; le traitement bromuré échoua et une amélioration marquée sembla résulter de l'emploi du borax et du chanvre indien. A. M.

XVI. Le chloralose et ses propriétés hypnotiques; par le professeur Richet.

L'effet physiologique caractéristique du chloralose, c'est le sommeil, mais ce n'est pas un sommeil analogue à celui que produisent les autres substances hypnotiques : c'est un poison psychique, portant son action sur les parties de l'encéphale où siègent la conscience et l'idéation et respectant les autres centres nerveux, spécialement la moelle et le bulbe. Le chloralose respecte les fonctions du cœur et les propriétés physiologiques du sang; son pouvoir toxique est faible.

Après ingestion d'une dose moyenne de chloralose, soit 0gr,40, nul phénomène apparent ne se montre pendant une demi-heure; puis très brusquement survient un sommeil sans rêves qui dure toute la nuit. Le réveil est facile et subit, sans nausées, sans pesanteur de tête, l'appétit n'est pas diminué. A côté de ces avantages, le chloralose a des inconvénients.

Tout d'abord il ne produit pas l'analgésie; par conséquent il est inefficace contre les névralgies. Mais le principal inconvénient du chloralose est d'avoir une action variable.

La dose moyenne de 0gr,40, donnée à une jeune femme nerveuse ou à un alcoolique font provoquer une série d'accidents peu graves, mais désagréables. Il y a d'abord une sorte d'ivresse, puis le sommeil est agité, presque convulsif; il existe une sorte de délire musculaire se rapprochant plus ou moins d'une franche attaque d'hystérie. Aussi devra-t-on prendre la précaution si on administre pour la première fois le chloralose à une hystérique ou à un alcoolique, de commencer par de faibles doses, 0gr,10 par exemple.

Le chloralose, à côté d'inconvénients, a donc deux avantages sérieux : il ne trouble pas les facultés digestives et n'a pas d'action sur l'appareil de la circulation : aussi constitue-t-il un bon médicament en cas d'angoisse cardiaque, d'insomnie asystolique. Chez les aliénés, les résultats n'ont pas été conformes aux espérances qu'on avait pu fonder sur son emploi : il faut des doses de chloralose un peu fortes pour amener le sommeil et, de plus, il n'agit que comme hypnotique, sans aucune action spécifique sur le délire.

En résumé, le seul effet incontestable du chloralose, c'est son effet hypnotique et c'est un excellent hypnotique donnant un un sommeil qui ressemble au sommeil normal. (*Revue neurologique*, 1894.) E. Blin.

XVII. Les bains en pluie. Une nouvelle méthode de balnéation pour les aliénés; par le Dr P. Gerhard.

Les avantages du bain en pluie sont nombreux : 1° la construction et l'installation sont beaucoup moins coûteuses en même

temps que l'entretien plus facile; 2° le bain en pluie est toujours prêt à servir : il n'y a pas à remplir de baignoire, à nettoyer la baignoire après chaque bain; 3° un plus grand nombre de personnes ne peuvent être baignées qu'avec des baignoires; 4° un des principaux avantages du système est que le corps de la personne baignée n'est pas en contact avec l'eau souillée du bain, comme dans une baignoire.

5° Le bain en pluie possède une action mécanique et tonique; 6° il y a, avec ce système, une déperdition bien moins grande d'eau chaude; 7° il n'y a pas à craindre de transmission d'une maladie contagieuse, comme avec une baignoire; le malade ne peut être brûlé ou ne peut recevoir de contusions comme il peut en recevoir en luttant pour ne pas entrer dans la baignoire. Enfin il ne peut se noyer comme dans une baignoire. L'auteur donne ensuite une bonne description avec gravures, de l'installation des bains en pluie, telle qu'elle vient d'être faite à l'hôpital d'Etat d'Utica. (*American journal of insanity*, juillet 1895.) E. B.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XXVI. Contribution a la connaissance du complexus symptomatique bulbaire. Type Erb Goldflam; par Fr. Pineles. (*Iahrbücher für Psychiatrie und Neurologie*, XIII, 2, 3.)

Décrite pour la première fois par Duchenne, 1860, la paralysie, labio-glosso-laryngée fut étudiée anatomiquement par Leyden, Charcot et Joffroy. Erb en 1879, décrivit une forme qui tout en ressemblant beaucoup à la maladie de Duchenne s'en distinguait par d'autres côtés et surtout par le résultat négatif des autopsies. Goldflam, 1893, par plusieurs observations donne la description de cette entité symptomatique caractérisée généralement par le tableau suivant : des individus de vingt à quarante ans sont pris subitement de paralysie dans le domaine des nerfs craniens ou de grandes faiblesses dans les extrémités. Rapidement et successivement apparaissent du ptosis, de la diplopie et des difficultés dans la mastication et de la déglutition, ainsi que des troubles de l'articulation des mots, donnant à la maladie une grande ressemblance avec la para-

lysie bulbaire progressive. Le signe le plus important est constitué par les variations de l'intensité des symptômes paralytiques. Ainsi, le malade est le matin bien mieux que le soir. De légères parésies peuvent à la suite d'un certain exercice musculaire, arriver à constituer de véritables paralysies généralement passagères.

Dans un certain nombre de cas, les symptômes rétrocédent en totalité ou en grande partie pour reparaître ensuite de nouveau; dans d'autres la mort est causée par des troubles respiratoires subits.

Les autopsies qui ont pu être pratiquées n'ont donné aucune lésion du système nerveux central ou périphérique.

Pineles donne quatre observations nouvelles prises à la clinique de la faculté de médecine de Vienne. Les deux premiers cas présentent comme signes particuliers : le jeune âge des malades, le développement rapide et progressif des symptômes, le caractère particulier des paralysies, la faiblesse des extrémités, la variation fréquente des symptômes, le ptosis, l'absence d'atrophie musculaire et le dénouement fatal. L'ordre de l'apparition des signes paralytiques était différent dans les deux cas. Dans le second les troubles fonctionnels des nerfs craniens avaient ouvert la scène, dans le premier le début eut lieu par une faiblesse particulière des membres. Le cachet particulier, des paralysies si bien décrit par Goldflam se retrouvait surtout dans le second cas. Chaque muscle qui se contractait plusieurs fois fournissaient progressivement moins de travail et il y avait un moment où il n'en fournissait plus du tout. C'est ainsi que s'expliquaient les améliorations et même la disparition complète des parésies après le repos de la nuit et leur aggravation le soir. On notait un affaiblissement progressif des muscles, des lèvres, de la mastication et de la déglutition allant jusqu'à empêcher le malade de manger. Dans le premier il y eut une amélioration notable pendant six mois suivie de récidive. De même que dans les observations d'Erb les attaques dyspnéiques apparurent subitement au milieu d'un bien-être relatif. La troisième observation de Pineles se rapporte à une malade de vingt-sept ans qui à l'âge de neuf ans présenta à la suite d'une angine, de la diplopie et des troubles de la déglutition et de l'articulation; depuis deux ans ptosis droit. Un an après on constate des troubles de la parole, de la déglutition et de la mastication, une faiblesse généralisée. Des rémissions plus ou moins accentuées aboutissent à une amélioration qui dure jusqu'aujourd'hui. Dans le quatrième cas il s'agit d'une malade un peu nerveuse qui présenta en 1887, à la suite d'un typhus, des troubles de la déglutition et de la parole qui rétrocédèrent complètement après dix semaines. En 1890, second accès caractérisé par les mêmes signes et d'une durée de quatre semaines. En 1892, troisième accès pendant lequel on nota des troubles de la parole et une faiblesse généralisée le rétablissement du malade eut lieu après 3 mois. En octobre 1793,

parole nasonnée. En 1894, maux de tête, grande faiblesse, insomnie. Février 1894, troubles de la déglutition, parésie des muscles labiaux, ptosis double. Depuis avril amélioration persistante.

Paul Sérieux.

XXVII. Contribution a l'anatomie du ruban de Reil; par Hœsel. (*Neurolog. Centrabl.*, XIII, 1894.)

Étude minutieuse des altérations déterminées dans l'encéphale par deux foyers hémorragiques; l'un sis dans la substance blanche profonde de l'insula du côté gauche; l'autre, dans le segment postérieur de la couche optique du même côté.

Conclusion. — 1. Le ruban de Reil de l'étage inférieur du pédoncule cérébral a bien le trajet que lui a assigné Flechisg à la suite de ses recherches embryogéniques, mais il est très probable qu'il ne se termine pas directement dans l'insula, qu'il ne s'y termine qu'après passage dans les deux segments internes (globus pallidus) du noyau lenticulaire qui, par suite, interrompent son trajet. — 2. L'anatomie pathologique confirme le trajet et la terminaison corticale du ruban de Reil médiane, établis par l'embryogénie. — 3. Le ruban de Reil cortical a bien le trajet direct et ininterrompu que nous lui avons décrit (Hœsel). — 4. Il existe avec les fibres déjà décrites une quatrième partie constitutive des fibres du ruban de Reil de la calotte, qui se termine dans la couche optique (ruban de Reilthalamique).

P. K.

XXVIII. De la situation du noyau du nerf pathétique; par W. Kausch. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

(Voyez le XIX[e] Congrès des neurologues et aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest. Session de Bade-les-Bains, 2 juin 1894, *in Archives de Neurologie.*)

P. K.

XXIX. De la transmission du son par les os du crane et de la colonne vertébrale et de leur percussion; nouvelle méthode d'examen dans les maladies nerveuses; par W. de Bechterew. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

D'après M. Okunew, les vibrations d'un diapason sont moins intenses ou assourdies dans leur transmission à travers les parois craniennes ou les os, si ces parois sont altérées; cette modification des transmissions sonores indique un foyer de pus ou de carie, ou bien un néoplasme; elle indique notamment la nécessité de trépaner l'apophyse mastoïde — A cette recherche, M. Gabritschewskya applique son pneumatoscope (*Wratsch,* 1893, nº 52) et le stéthoscope américain biauriculaire.

Or, en neuropathologie, voici ce que l'on remarque. Dans les affections du cerveau, quand les méninges sont prises, la transmission du son par les endroits lésés est assourdie, moins claire que dans les endroits sains. Dans un cas de maladie de Ménière, il y avait complète obnubilation au niveau de l'apophyse mastoïde affectée. M. Bechterew a fait construire un diapason que l'électricité fait vibrer et dont on ausculte les vibrations du côté opposé du crâne à celui sur lequel il est appliqué, au moyen d'un stéthoscope ordinaire ou biauriculaire.

Il étudie parallèlement chez ses malades la percussion afin de déterminer le degré de sensibilité locale de la tête et de la colonne vertébrale. Il emploie la percussion faible, superficielle, au doigt ou à de légers coups de marteau (de Skoda), la percussion forte ou profonde à l'aide du plessimètre. La percussion faible permet de découvrir les lésions locales des vertèbres (tubercules, périostite, sclérose osseuse syphilitique); la seconde révèle des lésions profondes (sensibilité pariétale des épileptiques, sensibilité occipitale de certaines affections cérébrales), les syphilis locales anciennes de la moelle et de ses enveloppes, des foyers myélitiques.

P. KERAVAL.

XXX. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DÉGÉNÉRESCENCE DESCENDANTE DANS LE CERVEAU ET LA MOELLE, AVEC REMARQUES SUR LA LOCALISATION ET LES FAISCEAUX DE TRANSMISSION DES CONVULSIONS DE L'ÉPILEPSIE ABSINTHIQUE; par R. BOYCE. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Expérimentation chez les chats. — L'excitation produite par l'absinthe produit son maximum d'effet quand la zone motrice est intacte, la décharge se fait par cette zone et est transmise par les faisceaux pyramidaux. Quand l'irritation est extrême, il y a aussi transmission du côté opposé à la zone excitée; l'uni ou la bilatératité des convulsions n'est donc que le résultat de la force de l'excitation. Il en résulte que chez l'homme, un très petit nombre d'attaques épileptiformes tiennent à une intoxication de ce genre.

P. K.

XXXI. LE COMPLEXUS SYMPTOMATIQUE DE LA PARALYSIE SPINALE SPASMODIQUE COMME ÉPIPHÉNOMÈNE D'UNE LÉSION SYPHILITIQUE HÉRÉDITAIRE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL; par J. HOFFMANN. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Jeune homme de quatorze ans, ayant été atteint de syphilis héréditaire dans les premiers mois de son existence. Il se développe cependant bien; dans la seconde enfance, il apprend de moins en moins bien et ne se développe plus avec la rapidité accoutumée. A l'âge de douze ans, raideur et paresthésie dans les jambes. A treize

ans et demi, parésie probable de l'accommodation. A quatorze ans, immobilité réflexe des pupilles, mydriase, disparition de la réaction des pupilles à la convergence, parésie de l'accommodation, démarche spasmodique avec exagération des réflexes tendineux malgré la bonne conservation de la force des mouvements, pas de troubles de la sensibilité, conservation des sphincters, anomalies psychiques, ralentissement de l'accroissement physique. L'auteur conclut à l'existence probable d'une sclérose méta ou para-syphilitique de l'écorce du cerveau (toxine syphilitique), des tractus présidant à la réaction des pupilles ou de leurs noyaux, des fibres de transmission motrices, des faisceaux pyramidaux ou des cordons latéraux. En d'autres termes, fonds de syphilis héréditaire, arrêt de développement cérébral, affection spinale semblable à celle des observations de Minkowsky ou de Strümpell (paralysie spinale spasmodique ou forme spasmodique de la démence paralytique). P. K.

XXXII. Contribution a l'histologie de la sclérose en plaques cérébro-spinale ; par M. Popoff. (*Neurolog. Centrabl.*, XIII, 1894.)

D'après les recherches personnelles de l'auteur il y en a deux formes : une forme subaiguë et une forme chronique. En tout cas il ne s'agit pas du tout de la prolifération du tissu conjonctif étouffant les fibres nerveuses. Ce que les auteurs ont pris pour des travées du tissu conjonctif entre les fibres nerveuses, ce sont des produits d'ulcération des fibres nerveuses mêmes. Cette erreur est due à l'insuffisance des méthodes de coloration. Quand on soumet les préparations à la triple action de la rubine, de l'orange et de l'hématoxyline, on obtient une coloration : rouge des cylindraxes dans les fibres à myéline, — jaune intense de la substance blanche, — violette tirant sur le rouge de la névroglie et des produits de destruction inflammatoire.

Ce sont les vaisseaux qui débutent. Ils forment le centre de chaque foyer : la lésion marche ainsi pas à pas du centre à la périphérie. Cette progression graduelle est remarquable dans la forme chronique.

Voici comment dans l'ordre suivant les tissus se transforment. D'abord les manchons de myéline : les contours perdent leur poli, se tuméfient en certains points, et arrivent graduellement à se laisser colorer par la rubine (en ce moment les manchons sont comme saupoudrés de points et de raies rouges). Partie d'entre eux subissent la dégénérescence graisseuse, les lavages enlèvent la graisse, et à sa place il reste des crevasses ; une autre partie des gaines myéliniques prend un aspect finement grenu et est coloré en violet intense par la rubine. — C'est alors le tour des cylindraxes ; on y voit des gauchissements ronds ou fusiformes, plus

tard ils se dissocient en un détritus finement grenu, résorbé avec les autres produits de décomposition. En quelques endroits au-devant de ces gauchissements il y a plusieurs replis serpentiformes d'une excessive minceur; en d'autres points le cylindraxe d'une largeur anormale a perdu ses contours lisses; dépourvu d'éclat, il subit graduellement la dissociation en une matière finement grenue.

Non seulement les cellules de la névroglie ne sont pas multipliées mais elles se décomposent. S'agit-il d'une cellule actiniforme, elle devient matte et prend un aspect grenu, ses prolongements tombent et la voilà à l'état de cellule nue. Puis c'est le noyau qui se liquéfie au sein du corps protoplasmique (l'hématoxyline ne le colore plus) et n'est plus coloré que par la rubine, finalement, à la place de la cellule, on ne trouve plus qu'un magma composé d'un détritus finement grenu, sorte de grumeau à coloration plus ou moins vive. Sur le tard, la partie fibrillaire de la névroglie s'altère à son tour.

Quant aux lésions des parois des vaisseaux qui ouvrent la scène, elles consistent en une infiltration de celles-ci par des cellules, avec épaississement et, parfois, rétrécissement concentrique de la lumière. Forte émigration de leucocytes dans le tissu circonvoisin; mais ces leucocytes n'augmentent pas de volume, ne se multiplient pas, ne se transforment pas en fibres du tissu conjonctif, ils dégénèrent. Il est probable que leur présence entre les fibres nerveuses exerce une influence nuisible sur les fonctions vitales de celles-ci, mais ils ne sont pas la cause fondamentale de leur métamorphose.

Ce qui distingue la forme subaiguë, de la forme chronique, c'est que dans la première l'infiltration des parois vasculaires par des cellules est plus dissymétrique que dans la seconde, les couches des parois sont plus lâches, le nombre des leucocytes est plus grand, les fibres et les cylindraxes présentent de plus grosses tuméfactions, la marche du processus est moins graduelle. Dans la forme subaiguë, la lésion s'étend uniformément à une distance assez grande du vaisseau, la substance blanche est plus grenue, les cylindraxes forment une série de renflements volumineux ronds ou fusiformes et se décomposent en un globule étrange, le globule conserve parfois à l'une de ses extrémités, voire aux deux, des résidus de fibres qui ressemblent à de petites queues représentant les deux pôles : les foyers présentent, par suite, un dessin bizarre.

A côté de l'ensemble des décompositions de la substance nerveuse, il y a aussi une *régénération des fibres nerveuses*. En quelques endroits de la préparation, on voit des trousseaux spéciaux composés de fines fibres parallèles qu'il n'est guère possible de considérer comme autre chose que des cylindraxes régénérés. Ces cylindraxes sans gaines sont des cylindraxes de nouvelle formation. Cette régénération est due à ce fait qu'à la périphérie de

foyers il y a néoformation de vaisseaux sanguins, tandis qu'autour du vaisseau lésé la destruction des tissus nerveux suit son cours graduel. Mais on n'a pas vu la régénération totale, c'est-à-dire jusqu'à formation de manchons myéliniques. Les cylindraxes nouveaux sortent des extrémités des nerfs à myéline, on les voit parfois très nettement se diviser eux-mêmes à leurs extrémités en fibres fines (cinq à six), et ces fibres fines s'allongeant s'accolent intimement pour former des trousseaux qui parcourent le foyer.

En somme : 1° pas de prolifération du tissu conjonctif; 2° déchéance et mort des fibres myéliniques et des cylindraxes; 3° destruction lente et progressive de tous les éléments du tissu qui entoure le vaisseau lésé; 4° simultanément et parallèlement au processus dégénératif, régénération des cylindraxes, surtout dans les pyramides et les cordons de Goll. P. KÉRAVAL.

XXXIII. RELEVÉ STATISTIQUE DES MODIFICATIONS MACROSCOPIQUES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX; par Th. KAES (de Hambourg). (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, LI, f. 5, 1895.)

Les recherches de l'auteur portent sur 830 autopsies, dont 656 hommes et 174 femmes. Krœmer, sur 196 cas, n'en a trouvé que 30 avec diminution de poids de la calotte cranienne. L'auteur l'a trouvée augmentée de poids dans 192 cas (140 hommes, 52 femmes), ce qui donne un total de 21,3 p. 100. Une diminution de poids n'a été trouvée que dans 28 cas, ce qui donne une proportion de 3,3 p. 100. La plupart des hommes étaient des alcooliques. Le *diploe* a été examiné chez 316 sujets. Il était bien développé dans 78 cas, complètement disparu dans 43 cas, ce qui indiquerait que le diploe n'est normal que dans le quart des cas. Pour les *sutures*, les résultats se rapprochent de ceux de Krœmer qui, sur 104 cas, les constata complètement disparues dans 27,8 p. 100 et partiellement dans 35,5 p. 100. Dans 116 cas on trouva des *exostoses*.

La *dure-mère* ne présenta des modifications macroscopiques que dans la moitié des cas. La plus importante est la pachyméningite interne.

L'*œdème de la pie-mère* a été trouvé dans une proportion de 28,1 p. 100; les femmes le présentaient plus fréquemment que les hommes. La *méningite chronique* simple existait dans 85,9 p. 100 des cas.

La *leptoméningite purulente* donne une proportion de 3,4 p. 100. Les *adhérences* généralisées des méninges à l'écorce furent trouvées dans 26,6 p. 100 des cas; les adhérences localisées dans 14,9 p. 100. La *sclérose des vaisseaux* de la base existait dans une proportion de 12,6 p. 100. L'*atrophie générale* du cerveau dans 65,9 p. 100. L'*épendyme* put fournir des données positives dans 88,5 p. 100

des cas. Il était normal dans 23,6 p. 100 des cas ; moyennement granulé dans 20,3 p. 100; très granulé dans 24,4 p. 100. Les granulations étaient bornées au quatrième ventricule dans 20,2 p. 100. Les ventricules étaient très étroits chez 4 hommes, donc dans une proportion de 0,4 p. 100, dilatés dans une proportion de 25,2 p. 100.

L'*hydrocéphalie* interne existait dans une proportion de 14,3 p. 100. Des lésions localisées ont été trouvées dans 70 cas dont 54 hommes et 16 femmes, dans une proportion ainsi de 8,2 p. 100 pour les premiers et de 9,2 p. 100 pour les secondes.

Au point de vue de la nature de la lésion, le ramollissement jaune occupe la première place avec une proportion de 36,9 p. 100. Les lésions sont plus souvent localisées chez les hommes dans les circonvolutions de la convexité droite que gauche. La localisation la plus fréquente est celle du corps strié droit, qui présente une proportion de 11,7 p. 100; viennent ensuite le corps strié gauche, la protubérance et la moelle (10,8 p. 100), le noyau lenticulaire et le cervelet (6,3 p. 100), le centre ovale, etc. Les tumeurs n'existaient que chez 5 hommes, les cysticerques chez 14.

Le *poids du cerveau* a été examiné comparativement dans les asiles de Friedrichsberg et de Stephansfeld. Le poids minimum à Friedrichsberg a été de 842 grammes, le poids maximum de 1,765 grammes. Ceux de Stephansfeld étaient plus lourds. Par rapport à celui des aliénés épileptiques, le poids du cerveau des paralytiques généraux serait en moyenne inférieur de 84 gr. 65.

La conclusion qu'on peut tirer des relevés statistiques des poids est qu'en moyenne celui des aliénés atteint le poids normal s'il ne le dépasse pas.

Les lésions des nerfs craniens sont relevées pour l'olfactif dans le travail de Reinhard qui trouva une dégénérescence grise dans cinq cas. La dégénérescence et l'atrophie du nerf optique sont une lésion relativement fréquente, Kaes l'a trouvée dans 41 cas dont 36 hommes et 5 femmes. La dégénérescence et l'atrophie du moteur oculaire cranien ont été trouvées dans 8 cas.

L'atrophie du nerf acoustique dans 3 cas.

Les méninges rachidiennes ont été trouvées modifiées macroscopiquement dans une proportion de 38,5 p. 100, dont 39 p. 100 hommes et 36,2 p. 100 femmes.

Les pachyméningites spinales hémorragiques sont de beaucoup moins fréquentes que les cérébrales, l'auteur ne les a vues que dans une proportion de 0,7 p. 100. Kræmer a trouvé des lamelles osseuses de l'arachnoïde dans une proportion de 19,78 p. 100, Kaes dans une proportion de 10,2 p. 100. Les troubles et les épaississements des méninges existèrent dans 25,7 p. 100 des cas, la leptoméningite spinale purulente dans 0,7 p. 100. Hématomyélie dans 1 cas, dilatation du canal central chez 3 hommes.

Paul Sérieux.

XXXIV. De la structure des artères cérébrales; par les Drs Heger et de Bœk. (*Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, sept. 1894.)

Les conclusions tirées par les auteurs, de leurs recherches peuvent être formulées de la façon suivante :

Il existe dans les réseaux vasculaires des dispositions anatomiques spéciales et caractéristiques qui leur donnent une certaine autonomie. Souvent, et surtout dans les organes à fonctionnement intermittent, le mode de ramescence des artères se trouve être tel que des voies multiples sont offertes au sang arrivant par l'artère; la résistance au passage du sang par ces différentes voies varie selon le degré de contraction ou de béance des vaisseaux; la distribution du sang dans les différentes parties de l'organe subit des variations correspondantes.

Cette disposition anatomique est surtout manifeste dans le cerveau; les artères cérébrales ne fournissent pas de branches corticales distinctes, de telle sorte que la circulation dans l'écorce est constamment placée sous la dépendance de la circulation dans le mésocéphale.

La structure et le mode de distribution des artères cérébrales ont pour conséquence d'assurer une circulation corticale continue et régulière, tant que la pression carotidienne est suffisante et que le tonus vasculaire se maintient : tel est le cas pendant l'état de veille ou d'activité intellectuelle; au contraire, pendant le sommeil, l'ischémie corticale existe et reconnaît pour causes l'abaissement de la pression du sang et la dilatation des artères dans tout le système vasculaire.

Il n'existe pas de sphincters ou de disposition histologique spéciale dans la musculature des artères cérébrales; l'allure spéciale de la circulation encéphalique et les particularités de son fonctionnement sont dues avant tout à la disposition des cerceaux superposés non anastomosés entre eux. G. D.

XXXV. Contribution a l'étude de la disposition et des fonctions des cellules de la moelle cervicale, avec une note sur les altérations centrales consécutives au non fonctionnement prolongé d'un membre; par Joseph Collins. (*The New-York Medical journal*, 27 janvier 1894.)

Les conclusions des recherches de l'auteur et de son mémoire sont les suivantes :

1° La grande majorité des cellules motrices de la moelle cervicale présente une disposition bien définie;

2° Certaines de ces cellules sont disposées en colonne qui traversent plusieurs segments de la moelle;

3° Des fonctions définies peuvent être assignées à certains

groupes ou à une succession de groupes cellulaires formant une colonne cellulaire.

4° Les groupes cellulaires qui donnent naissance au plexus brachial sont au nombre de trois, et s'étendent de la portion supérieure du quatrième segment cervical à la partie inférieure du premier segment dorsal. Les cellules de la portion supérieure de ce territoire fournissent aux muscles de l'épaule et de la partie supérieure du bras. Les cellules de la portion inférieure fournissent à l'avant-bras et à la main. Le noyau qui fournit aux extenseurs est en dehors et au-dessous de celui qui fournit aux fléchisseurs;

5° Les cellules qui donnent naissance aux nerfs qui innervent les muscles extenseurs sont situées plus près de la ligne médiane que celles qui innervent les muscles fléchisseurs;

6° Le groupe des cellules qui innervent les muscles du dos est situé à la partie interne des cornes antérieures;

7° La fonction motrice d'une partie ou d'une extrémité quelconque du corps est en rapport direct avec le nombre et l'état plus ou moins sain des cellules ganglionnaires du segment médullaire d'où part le nerf qui aboutit à cette partie ou à cette extrémité:

8° Dans les cas de non-fonctionnement prolongé ou d'impotence ancienne d'une des extrémités, il se produit du côté opposé du cerveau, au lieu qui correspond à la région corticale spéciale à cette extrémité une atrophie qui porte à la fois sur le volume et sur les éléments constitutifs de cette zone. R. M. C.

XXXVI. LÉSIONS MAL DÉFINIES DE LA COLONNE VERTÉBRALE, SUIVIES DE PARALYSIE DE LONGUE DURÉE; AMÉLIORATION PAR LA SUSPENSION ET LE CORSET DE PLATRE; par Lewis-A. SAYRE. (*New-York Medical journal*, 20 janvier 1894.)

L'auteur rapporte l'observation de quatre cas intéressants et présentant entre eux des analogies sur lesquelles il désire insister d'une manière spéciale : c'est ainsi que tous les malades dont il s'agit étaient restés plus ou moins complètement paralysés très longtemps après le traumatisme (plus de deux ans dans l'un des cas) et qu'une amélioration un peu nette n'a commencé à se manifester que lorsqu'on a eu recours à une traction sur la colonne vertébrale. Dans tous les cas les malades se sont trouvés mieux pendant l'élongation de la colonne vertébrale; ils commandaient mieux à leurs membres, et leur sensibilité était moins obtuse. Dans un des cas rapportés le malade ne pouvait vider son intestin et sa vessie que lorsque les membres inférieurs n'avaient plus à supporter le poids de son corps. Tous ces malades ont continué à se trouver mieux tant qu'ils ont été convenablement soutenus par le corset de plâtre convenablement adapté. Au contraire, lorsque l'appareil de soutien venait à fléchir ou à se relâcher et n'assurait

plus l'élongation de la colonne vertébrale, l'amélioration disparaissait, pour reparaître avec une plus exacte adaptation de l'appareil.

R. M. C.

XXXVII. Kyste cérébral d'origine traumatique, ayant provoqué de l'aphasie, de l'hémiplégie, etc. Évacuation, guérison complète; par C.-H. Mayo. (*The New-York Medical journal*, 7 août 1894.)

L'observation peut se résumer ainsi : Une enfant de onze ans est précipitée hors d'une voiture au galop ; on la relève sans connaissance; elle vomit pendant le transport chez ses parents. Petite plaie du cuir chevelu à la partie antérieure du pariétal gauche. Elle ne reprend pas connaissance. Alimentation par la voie rectale durant une semaine; la semaine suivante, possibilité d'avaler des aliments liquides. Hémiplégie droite complète, regard fixe dirigé en haut; dilatation pupillaire surtout à gauche. Le cinquième jour vingt-cinq attaques convulsives, qui persistent pendant une semaine, mais en diminuant chaque jour de fréquence. Etat comateux pendant environ six semaines : miction et défécation involontaires. Amaigrissement squelettique. Tout indique une lésion grave à gauche, au niveau du sillon de Rolando, s'étendant jusqu'au centre du langage. On a recours à la trépanation et on met à nu une surface de deux pouces sur un pouce. La dure-mère fait hernie dans l'ouverture : on l'incise, et on donne issue à quatre onces d'un liquide clair et aqueux; on l'ouvre plus largement et on constate une dépression de tout le lobe frontal gauche : au niveau du territoire rolandique, l'espace qui sépare le crâne du cerveau dépasse un pouce. Le liquide était contenu entre l'arachnoïde et la dure-mère. L'amélioration commença le lendemain de l'opération, la guérison fut rapide. Au bout d'une semaine l'enfant peut dire oui et non et elle remue le bras et la jambe du côté droit. Au bout d'un mois elle quitte l'hôpital, et une lettre de sa mère datée de six mois après l'accident la représente comme parfaitement guérie. Elle ne se souvient absolument de rien de ce qui s'est passé entre l'accident et l'opération et ses souvenirs relativement à la semaine qui a suivi la trépanation sont très indistincts.

R. M. C.

XXXVIII. Observations sur le développement histologique de l'écorce cérébelleuse; par le D[r] Aurelio Lui.

Les conclusions de l'auteur sont que chez les mammifères l'écorce cérébelleuse n'acquiert son développement complet qu'au moment où la station debout et la marche deviennent possibles. Chez les oiseaux, qui marchent dès la naissance, dès la naissance aussi l'écorce cérébelleuse est complètement développée.

Le mode de développement des éléments moléculaires de l'écorce est très complexe : les éléments qui se développent graduellement au fur et à mesure que l'animal commence à marcher, sont les cellules de Purkinje et les petites étoilées de la zone moléculaire : ces cellules ont donc bien la signification de cellules motrices. Quant aux grains, leur degré de développement est déjà très avancé à la naissance, que l'animal marche ou ne marche pas en naissant. (*The alienist and neurologist*, janvier 1895.) E. B.

XXXIX. Etude sur la dégénérescence des cellules nerveuses dans un cas d'atrophie cérébrale localisée; par le Dr Prout.

Chez un épileptique de onze ans, mort en état de mal, l'auteur trouva une atrophie marquée des circonvolutions frontales des deux côtés. L'étude des cellules corticales des parties atrophiées, faite par la méthode de coloration de Nissl, lui a permis d'étudier les divers stades de la dégénérescence des cellules nerveuses. Tout d'abord, les granulations de chromatine se répandent à la périphérie du corps cellulaire, quittant la portion centrale qui reste claire; puis ces granulations éclatent et répandent une coloration homogène dans tout le corps cellulaire, le noyau se colore ensuite. A un stade plus avancé, la coloration du corps cellulaire disparaît, le noyau, toujours coloré, devient irrégulier dans ses contours : puis la coloration disparaît à son centre en même temps que le nucléole devient lui-même irrégulier et se désagrège.

A la dernière période le noyau, complètement décoloré, ne se distingue plus du restant du corps cellulaire. (*American journal of insanity*, avril 1895). E. Blin.

XL. Méthodes de laboratoire; par le Dr Cook.

Exposé des divers procédés classiques de conservation et de préparation des centres nerveux et des nouvelles méthodes de coloration des cellules et des nerfs : méthode de Nissl, de Golgi-Cajal, de Pal. (*American journal of insanity*, avril 1895.)

XLI. Des relations de l'urée avec l'épilepsie; par le Dr Nelson Teeter.

L'épilepsie idiopathique est-elle une auto-intoxication ou une affection d'origine purement centrale? N'est-elle pas plutôt une auto-intoxication par un poison ayant une affinité élective particulière sur la substance cérébrale, dont il déterminerait peu à peu l'altération et l'atrophie?

Les deux observations relatées par l'auteur paraissent en faveur de cette hypothèse rationnelle, la quantité d'urée éliminée ayant constamment été plus grande après la crise qu'avant.

L'urée a-t-elle eu pour influence spéciale de produire cette auto-intoxication ? Il est difficile de l'affirmer avant de nouvelles recherches, mais un fait est certain c'est qu'avant les attaques l'urée était éliminée en quantité insuffisante. (*American journal of insanity*, janv. 1895.) E. B.

XLII. Anatomie pathologique de la démence paralytique; par le Dr Berkley.

Les recherches de l'auteur l'ont amené à établir les trois périodes suivantes dans l'histoire anatomo-pathologique de la démence paralytique : 1° les éléments nerveux reçoivent du sang un apport insuffisant de matériaux nutritifs : les fonctions mentales commencent, en conséquence, à faiblir en même temps qu'on constate un certain degré d'irritation aussi bien musculaire que mentale ; 2° à une seconde période, l'apport des matériaux de nutrition est si faible que l'on constate du côté des cellules une sorte d'autophagisme ; à cette période correspondent l'excitation motrice et les idées de grandeur ; 3° les matériaux de nutrition sont à ce point diminués que l'on constate une désintégration de la cellule nerveuse, accompagnée d'accroissement des tissus de soutènement : à cette période correspondent la démence terminale et la parésie musculaire. Reste à déterminer la cause primitive des troubles circulatoires du début : dans l'état actuel de nos connaissances, il est difficile de démontrer qu'ils débutent par une perte du tonus nerveux des artères. (*Amer. journ. of insanity*, janv. 1895.) E. B.

XLIII. Quelques observations sur la préparation du cerveau ; par la méthode de Bévan Lewis ; par le Dr P. Clark.

Les coupes du cerveau faites sur des tissus congelés permettent un examen des pièces anatomiques aussitôt après l'autopsie.

L'auteur donne la description classique de cette méthode et remarque qu'elle ne laisse pas que d'être délicate et de détruire parfois les relations des cellules entre elles.

Néanmoins, lorsque cette méthode aura été perfectionnée, il est probable que beaucoup de prétendus désordres fonctionnels de l'intelligence seront trouvés sous la dépendance d'une lésion organique et qu'une classification des maladies mentales pourra être établie sur une base pathologique sérieuse. (*American journal of insanity*, oct. 1894.) E. B.

XLIV. De la nomenclature anatomique des cellules nerveuses et de son but immédiat ; par F. Nissl. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Les cellules nerveuses centrales se décomposent en :

a. *Cellules nerveuses cytochromes.* — Grains. Le corps cellulaire

n'est qu'indiqué. Le noyau coloré atteint le volume des noyaux ordinaires des leucocytes, exemple ceux que l'on rencontre dans la couche des noyaux du cervelet :

Type α. Cellules de la couche nucléaire.
— β. Cellules périphériques de la couche nucléaire, presque au niveau des cellules de Purkinje.
— γ. Noyaux du bulbe olfactif (renflement olfactif).

b. *Cellules nerveuses karyochromes.* — Cellules à noyaux. Le corps cellulaire n'est qu'indiqué. Le noyau coloré atteint le volume des noyaux des cellules nerveuses, volume toujours supérieur à celui des noyaux de la névroglie, exemple les cellules de la substance gélatineuse de Rolando :

Type α. Couche de Rolando.
— β. Cellules du ganglion de l'habenula.

c. *Cellules nerveuses somatochromes.* — Cellules à corps cellulaire. Le corps de la cellule entoure complètement le noyau de la cellule et possède un contour net.

α. *Arkyochromes.* — La partie constituante colorée de la cellule est disposée en réseau (αρκυς).
1. Type enarkyochrome;
2. Type ampharkyochrome;
3. Type des cellules olfactives.

β. *Stichochromes.* — La partie constituante colorée de la cellule a la forme de raies ayant la même direction.
1. Type des cellules nerveuses motrices;
2. Type des grandes cellules de la corne d'Ammon;
3. Type des cellules de l'écorce;
4. Type des cellules nerveuses spinales.

γ. *Arkyostichochromes.* — Un seul type, celles de Pürkinje.

δ. *Gryochromes.* — La partie constitutive de la cellule colorée se compose de petites granulations (γρυ). Nous n'en connaissons pas.

XLV. Sur un nouveau principe de division de la surface du cerveau; par P. Flechsig. — Critiques de cette proposition; par Adamkiewicz. — Répliques; par P. Flechsig. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

M. Flechsig propose de distinguer : 1° des centres sensoriels; 2° des centres d'association.

Les *centres sensoriels* sont ceux qui, outre des fibres d'association, contiennent des faisceaux de la couronne rayonnante composés de fibres sensitives, motrices et de fibres de la couche optique, et qui paraissent avoir leur appareil moteur propre. Tels le centre

visuel (fissure calcarine), le centre auditif (partie postérieure de la 1re temporale, le centre olfactif (circonvolution de l'hippocampe et partie postéro-inférieure du lobe frontal), les circonvolutions frontales et ascendantes.

Les *centres d'association* ne possèdent pas du tout de fibres de la couronne rayonnante; on n'y trouve que des fibres d'association. Ce sont : le lobe frontal antérieur, le lobe temporal, l'insula, le lobe pariétal postérieur. Ils n'ont sur les mouvements qu'une action indirecte.

Le cerveau de l'homme l'emporte sur celui de l'animal par l'extrême développement des centres d'association qui constituent finalement l'acquisition spéciale de l'homme et affluent de toutes les parties du cerveau. Les centres de la parole occupent, dans leur ensemble, le territoire intermédiaire entre les centres sensoriels et les centres d'association.

Objections physiologiques d'Adamkiewicz : les centres sensoriels de l'écorce sont, quant aux mouvements des appareils sensoriels, dans le même rapport que les centres moteurs quant aux sensations des organes moteurs, et, par suite, des centres corticaux ne sont pas des districts à fonctions abstraites. — « Cela, réplique M. Flechsig, n'exclut pas les divisions anatomiques, en attendant des démonstrations physiologiques plus exactes et plus sûres. »

P. K.

XLVI. Une tumeur dans la région des tubercules quadrijumeaux. Relations des tubercules quadrijumeaux postérieurs avec les troubles de l'ouïe; par E. Weinland. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXVI, 2.)

On constatait cliniquement : de la mydriase avec inégalité pupillaire, des troubles de l'accommodation à la convergence du côté droit avec conservation symétrique de la réaction à la lumière, un affaiblissement de la motilité de la main gauche avec léger tremblement aux mouvements intentionnels, une petite augmentation des réflexes patellaires avec hyperexcitabilité idiomusculaire, une légère diminution de la sensibilité à la douleur; en outre, signe de Romberg, démarche ataxique, parole lente et embarrassée. A *l'autopsie*, un gliome du volume d'une noix occupe le plan des tubercules quadrijumeaux du côté gauche et la partie supérieure des veines avec la commissure cérébelleuse antérieure; il y a altération du segment postérieur, du pédoncule cérébelleux supérieur gauche, du ruban de Reil latéral de ce côté en rapport avec ces tubercules quadrijumeaux, des fibres radiaires unissant les tubercules quadrijumeaux du côté gauche à la substance grise centrale; il y a destruction partielle du faisceau longitudinal postérieur et des bras des tubercules quadrijumeaux du côté gauche.

Cette observation, rapprochée de celles de Ferrier et des études de Flechsig, Monakow, Bechterew, permet de rattacher l'ataxie à la destruction des veines supérieures et de la commissure cérébelleuse, la perte de l'accommodation à la convergence du côté droit, à la destruction du tubercule quadrijumeau antérieur, la dysacousie à la destruction du tubercule quadrijumeau postérieur du côté opposé; cet organe aurait pour fonctions d'établir une association entre l'impression auditive et les mouvements des yeux, tandis que le tubercule quadrijumeau antérieur permettrait une synergie entre la convergence et les mouvements des pupilles. P. K.

XLVII. Contribution a l'anatomie pathologique des cordons postérieurs de la moelle; par C. Mayer. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XIII, 1.)

Dans la zone d'entrée radiculaire postérieure de Westphal, il y a des fibres ascendantes. Il faut donc dans les altérations avoir soin de bien distinguer le point où la racine pénètre dans la moelle, c'est-à-dire la vraie racine postérieure, et la fibre qui, accolée contre la racine postérieure, se dirige en montant, par exemple, vers les colonnes de Clarke. Tel ce cas de tumeur de la base du cerveau caractérisé en particulier par la disparition des réflexes patellaires. La moelle paraissait normale et cependant, par la méthode de coloration de Marchi, on trouvait une dégénérescence des racines postérieures lombaires et sacrées, et les fibres ascendantes, dégénérées, présentaient une réduction considérable.

Dans la paralysie générale, l'étude des lésions des cordons postérieurs confirme les vues de Flechsig (dix observations). Les fibres de la zone radiculaire moyenne de la moelle lombaire et de la moelle sacrée pénètrent surtout dans les colonnes de Clarke. Cette zone radiculaire moyenne contient aussi des fibres longues qui gagnent le bulbe, et aussi des fibres qui, après un court trajet, se rendent dans la zone radiculaire postéro-médiane. Dans la moelle dorsale, le segment externe des cordons postérieurs contient une aire striée composée de fibres à court trajet qui ne tardent pas à pénétrer dans la substance grise. Or, les altérations des cordons postérieurs chez les paralytiques généraux sont une combinaison du tabes classique et d'une dégénérescence précoce des fibres à court trajet. Quant au tabes lui-même, il est la résultante de troubles de la nutrition exerçant une action élective sur certaines aires des racines postérieures de la moelle.

Telle est la manière de voir de l'auteur. P. K.

XLVIII. Contribution a l'étude anatomo-clinique des localisations cérébrales; par James Shaw. (*Brain*, part. LXIX, 1895, p. 74.)

L'auteur examine trente cas observés par lui de 1879 à 1886,

dans chacun desquels il y avait de la débilité mentale à des degrés divers. Il se borne à indiquer aussi exactement que possible et, pour un certain nombre d'entre eux, à figurer les lésions trouvées à l'autopsie du cerveau, sans préjuger d'aucune idée théorique sur les localisations. De l'examen comparé des symptômes cliniques et des lésions, il tire les conclusions qui paraissent s'en dégager tout naturellement. Nous ne pouvons que signaler ce travail qui ne saurait être résumé, étant présenté sous une forme déjà très concise et ne contenant que des faits précis qui doivent être examinés un à un. P. S.

XLIX. Sur l'état des réflexes dans la section transverse totale de la moelle; par Ernest Renolds. (*Brain*, part. LXIX, 1895, p. 148.)

Revue critique très bien faite qui amène l'auteur à cette conclusion : D'après les observations on peut voir qu'après une section totale transverse de la région cervicale ou dorsale supérieure de la moelle, il y a presque toujours une perte définitive des réflexes profonds des jambes avec paralysie flasque, et quelquefois atrophie peu marquée des muscles, peu d'altérations de la réaction électrique, et pas d'altération de la substance grise dans les régions inférieures de la moelle. On n'a pas encore d'explication satisfaisante de ces phénomènes, la théorie cérébelleuse de Bostian étant peut-être la plus plausible. Un plus grand nombre d'observations sont nécessaires sur cette question, qui touche à l'un des principes les plus fondamentaux en neurologie. P. S.

L. Diagnose pupillaire; par le Dr Munk.

L'auteur estime avec raison que l'état de la pupille peut, dans certains cas, donner des indications précieuses pour le diagnostic et, dans un article intéressant, il passe en revue les diverses affections, tant locales que générales qui peuvent avoir leur retentissement sur la pupille. (*The alienist and neurologist*, avril 1895.) E. B.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XXXVIII. Carl Wilhelm Ideler et son rôle dans le progrès de la psychiatrie; par Karl Ludwig Ideler. (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1896, LI, 5.)

L'auteur veut défendre la mémoire de son père contre les

reproches que Siemens adressait à sa doctrine, l'accusant d'avoir introduit en psychiatrie un traitement qui rappelle celui des sorciers au moyen âge. Il veut aussi rectifier l'opinion de Siemesling qui voit dans Ideler un partisan de la théorie d'Heinroth, la fameuse doctrine du péché, cause de la folie. Ideler montre que son père n'était pas, ainsi que le lui a reproché Leidesdorf, un idéaliste et un ennemi de la médecine exacte, qu'il était au contraire au courant de tous les travaux même étrangers. Il explique le maintien des anciens moyens de coercition par le fait qu'en ce temps les idées de John Conolly étaient très discutées et rappelle qu'Ideler plaçait au premier rang parmi les moyens de traitement des psychoses, le travail. P. S.

XXXIX. Sur l'augmentation de fréquence de la paralysie générale, ses rapports avec les facteurs sociologiques. (*Krafft-Ebing, Jahrbücher fur Psychiatrie und Neurologie*, 1895, XIII, 2, 3.)

L'augmentation de fréquence de la paralysie générale, quoique indiscutable d'après l'opinion générale doit cependant être provoquée scientifiquement. Certains auteurs, comme Mendel, sont, en effet, d'un avis opposé et pensent que les statistiques régionales indiquent plutôt une diminution du nombre des cas. Les statistiques ne sont pas faciles. La comparaison entre les cas anciens et récents ne peut porter que sur un petit nombre d'années. Le nom de la maladie dans les tableaux de morbidité générale manque souvent par suite de la difficulté du diagnostic au début et du décès dans une bonne partie des cas, tout au commencement de l'affection. On est donc réduit aux statistiques des asiles d'aliénés : on se base soit sur le nombre des admissions ou des décès de paralysie générale par rapport à l'augmentation de la population dans la région de l'asile, soit sur l'augmentation du nombre des paralysies générales, par rapport aux sujets atteints d'autres maladies mentales. C'est à cette seconde manière d'évaluation qu'il faut s'arrêter quoiqu'elle ne soit pas à l'abri de l'erreur. Les formes calmes de la maladie peuvent, en effet, parfaitement échapper à l'asile public.

Dans une statistique d'Althaus, de Londres, de 1838 à 1850, le nombre des paralysies générales dans les asiles d'aliénés anglais s'élevait à une proportion de 12,61 p. 100 de la population totale alors que ce taux était de 18,11 p. 100 de 1867 à 1871. Cette augmentation de 6 p. 100 est d'autant plus remarquable que pendant le même temps le total des malades n'avait augmenté que de 14 p. 100. D'après Mendel, on pouvait, en 1870, évaluer ainsi la proportion des paralysies générales dans les asiles d'aliénés.

Prusse. . .	Hommes	16,36	p. 100	Femmes	3,66	p. 100.
France. . .	—	19,97	—	—	8	—
Angleterre .	—	18,08	—	—	6,03	—

Les recherches antérieures de Baillarger donnent pour les asiles de France une proportion de 12,5 p. 100.

Krafft-Ebing donne la proportion suivante du nombre de paralysies générales pour cent admissions :

TABLEAU I

ANNÉES	ASILE de PESTH		ASILE de BERLIN		CHARITÉ de BERLIN		ASILE de MUNICH		CLINIQUE de VIENNE		ASILE de HAMBOURG	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
1873-77	28,5	4,5	30,2	8	20,7	5,65	28	8,5	15,7	3,4	18,1	6,7
1878-82	30,5	6,5	32,5	11,5	22,8	10	32	11,4	17,1	6,9	22,7	8,7
1883-87	34,5	7,3	35,7	14,8	24,3	13,2	36,1	12,5	18,4	8,9	22,1	7,3
1888-92	36,5	7,5	34,6	17,5	25,5	14,1	36,3	11,2	19,7	10	21,5	8,5

TABLEAU II

ANNÉES	BALE		ZURICH		EICHBING NASSAN	DEGGENDORF		ANNÉES
	H	F	H	F		H	F	
1873-77	6,5	2	11,5	1,5	1877-82	9,3	5,2	1869-74
1878-82	8,2	2,5	12,5	4,6	14,3	16,9	4,3	1875-79
1883-87	10,8	3,5	16,0	4,5	1883-87	17	4,1	1880-84
1888-92	12,2	3,2	17,0	5,0	25,8	23,2	9,3	1885-90

D'après Snelle, le nombre des paralysies générales en Hanovre (1880) avait doublé. De même, d'après Régis (*Encéphalie*, 1880), la paralysie générale aurait augmenté dans certains asiles de France de 33,3 p. 100. Cette progression se fait aux dépens d'autres maladies mentales et Mendel dit qu'il faut se défier de toute manie survenant chez un habitant adulte des grandes villes. Un autre indice de cette progression se trouve aussi dans l'âge moins avancé auquel cette maladie se montre aujourd'hui. En effet, Calmeil, en 1820, donnait comme moyenne d'âge pour l'apparition de la paralysie générale quarante-quatre ans et demi, alors que de nos temps Arnaud l'estimait à trente-neuf et demi et Régis à trente-huit pour la France.

Les publications récentes donnent un grand nombre de cas de paralysie générale juvénile et même infantile.

La progression de la paralysie générale chez la femme présente aussi une grande importance.

En 1860 le rapport entre le nombre des paralysies générales hommes et femmes était dans les asiles d'aliénés de 8 contre 1. Schüle l'estimait en 1880 à 7 contre 1. Depuis, cette proportion a de beaucoup augmenté.

Récemment, Ivanoff (94), a donné les proportions suivantes : Danemark, 3,41 pour 1. Italie 3,22 : 1. Russie 3,15 : 1. Angleterre 2,85 : 1. Belgique 2,77 : 1. France 2, 40 : 1.

Cette augmentation de fréquence indiquée par les statistiques une fois établie, il faut en chercher les causes. Celles-ci sont multiples. Les changements économiques et sociaux de notre époque, les inventions du siècle sont parmi les plus importantes. Moreau, en 1850, constatait déjà la progression de la paralysie générale et en rendait coupable le progrès de la civilisation. On ne peut signaler toutes les différences entre l'état actuel de la civilisation et celui du passé. Il faut tenir compte de l'état d'infériorité au point de vue neurologique d'une bonne partie de la population par suite de l'influence des fabriques, de la vapeur et de l'électricité. L'abandon des professions agricoles par suite du développement du commerce, l'augmentation de la population des villes, la concurrence rendant plus difficile la vie matérielle, les exigences de la vie augmentées par les progrès de la civilisation, un plus grand désir de jouissances, le travail supplémentaire du cerveau comme conséquence nécessaire de la satisfaction de ce besoin, l'usage croissant des stimulants du système nerveux, l'abus surtout en fait d'alcool, la nervosité héréditaire causée en partie par le surmenage du cerveau, tous ces facteurs doivent entrer en ligne de compte pour expliquer cette progression. Dans les classes élevées les causes d'excitation et de dépense nerveuse sont encore plus actives. Enfin, alors que jadis l'homme travaillait seul et la femme ne vaquait qu'aux besoins du ménage, aujourd'hui ce rapport social des sexes a beaucoup changé, les femmes se livrent en grand nombre à des travaux intellectuels et corporels. Ce fait explique déjà pourquoi la femme de la société actuelle a perdu son immunité relative pour la paralysie générale. Le même fait explique la différence de fréquence de la maladie dans les classes élevées pour les deux sexes. Alors que dans ces classes un fort contingent de paralytiques est fourni pour les hommes par les officiers, les médecins, les banquiers, celui que fournit la femme est très minime tant que la syphilis n'est pas en cause : cela se conçoit quand on réfléchit à la vie facile et inactive de la femme dans la société élevée, par rapport à l'existence remplie d'activité de l'homme.

Il faut aussi tenir compte au point de vue de la paralysie générale de l'influence de la civilisation européenne sur des peuples encore non civilisés. D'après Meilhon, médecin de l'asile d'Aix, sur 498 entrées d'Arabes de 1860 à 1890 il n'y eut jusqu'en 1877 aucun cas de paralysie générale. De 1877, sur 253 admissions il y eut

13 cas, soit une proportion de 5,13 p. 100. Il s'agissait dans ces cas de malades qui avaient changé leurs occupations habituelles, s'étaient portés vers la ville et avaient pris des métiers européens. Ils présentaient presque tous la forme classique de la paralysie générale, la forme maniaque. L'origine urbaine ou rurale des malades présente une certaine importance. Mendel a montré que dans les asiles des provinces agricoles du Schlewig-Holstein et de Hanovre la proportion des paralysies générales était de 4,56 p. 100 alors que dans le Brandebourg elle était de 19,7 p. 100 et à Berlin de 26 p. 100. La syphilis étant parmi les causes les plus importantes qui agissent dans les grandes villes, doit attirer particulièrement l'attention. Une statistique de Rieger (Vürzbourg) montre que sur 1000 aliénés non paralytiques généraux la syphilis peut être incriminée 39 fois alors que sur le même nombre de paralytiques généraux, la syphilis se trouve 400 fois. Chez les paralytiques généraux des classes élevées, il y a, d'après différents auteurs, une proportion de 75 p. 100 pour la syphilis. Comme l'apparition de la paralysie générale, dans la majorité des cas, a lieu cinq à quinze ans après l'infection syphilitique et comme la majeure partie des hommes contracte la syphilis de vingt à trente ans, on s'explique facilement l'époque ordinaire du début de la paralysie générale. La syphilis, en règle générale, étant contractée dans les rapports extra-conjugaux, tout ce qui au point de vue sociologique augmentera les difficultés du mariage contribuera à sa progression et, en conséquence, à celle de la paralysie générale. Dans sa statistique, Œbecke trouve chez les paralytiques généraux des classes élevées, où les mariages sont moins fréquents et plus tardifs, une proportion de 73,7 p. 100 alors que dans les basses classes la proportion n'est que de 16,7 p. 100. De même pour les officiers qui se marient rarement avant trente-cinq ans. Les données fournies par les prêtres catholiques sont assez intéressantes. Sur 2,000 paralysies générales observées par Krafft-Ebing, il n'y eut aucun prêtre catholique alors que de nombreuses recherches sur la proportion des cas de paralysie générale chez les officiers par rapport aux autres psychoses lui ont donné 90 p. 100. Kundt (de Degendorf) eut sur 1,090 admissions 16 prêtres catholiques, dont aucun paralytique général et 13 militaires dont 8 paralytiques généraux. L'immunité relative des prêtres s'explique par la rareté de l'alcoolisme et de la syphilis.

L'alcoolisme mérite d'être aussi examiné. Il donne naissance à un tableau qui rappelle souvent celui de la paralysie générale dont elle est quelquefois plutôt le signe que la cause. Les auteurs français exagèrent l'influence de l'alcool sur l'origine de la paralysie générale et ne tiennent pas assez compte de la syphilis. Œbecke donne pour l'alcool une proportion de 44 p. 100. D'après Stark, sur 185 paralytiques généraux on ne trouva que chez 42 des excès d'alcool, donc une proportion de 22,70 p. 100. P. Sérieux.

XL. Jean Wasilewitsch IV, surnommé le Cruel. Étude psychiatrique; par A. V. Rothe. (*Jahrb. f. Psych. u. Neurol.*, 1895, XIII, 2, 3.)

Les jugements des historiens russes sont partagés sur la personnalité de ce czar. Pour les uns, avec Solowief en tête, ce prince réaliserait le modèle d'un roi de l'époque et serait un prédécesseur de Pierre le Grand; pour les autres avec Karamsin, Jean ne serait qu'un de ces tyrans sanguinaires qu'on voit quelquefois dans l'histoire des peuples. Dans cette étude documentée, Rothe cherche à établir que ce prince, à hérédité chargée, présenta dans l'enfance une neurasthénie marquée. Celle-ci dégénéra rapidement dans une psychose proprement dite, une primære Verrüchtheit qui dura jusqu'à sa mort. P. S.

XLI. De l'amok; par Chr. Rasch. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

C'est un trouble psychique propre à la race malaise de Sumatra, Java, Bornéo, des Célèbes et de la péninsule, particulièrement fréquent à Macassar. Il s'en produit un à deux cas par mois, qui coûtent la vie à une quinzaine de personnes chaque fois ou tout au moins entraînent de graves blessures. Généralement c'est à la suite de pertes faites au jeu que les indigènes sont brusquement pris d'un accès de manie furieuse pendant lequel le malade, muni de ses armes, frappe tout ce qui se présente. Puis, ou bien il se tue lui-même, ou bien il est tué par la population comme un chien enragé, ou bien il tombe dans la stupeur. L'étiologie n'est guère connue; on accuse les abus d'opium. En tout cas cette maladie n'a été observée que chez les hommes. Amnésie consécutive. Durée : quelques heures à quelques jours. Cette maladie ne saurait être simulée, ni contagieuse en raison du fait que les Malais courent sus au furieux et le tuent. P. K.

XLII. Études statistiques et cliniques pour servir a la connaissance de la paralysie générale chez la femme; par R. Wollenberg. (*Archiv f. Psychiat.*, XXVI, 2.)

Années 1881-1892, à la Charité de Berlin. Il est entré une paralytique femme pour 3,5 hommes atteints de la même maladie. En quinze ans le nombre des femmes paralytiques a doublé, et cependant, le nombre des femmes mariées l'emporte; très peu de prostituées. Age moyen de trente-six à quarante ans. Evolution analogue à celle de la paralysie générale chez l'homme; la démence cependant domine. Durée moyenne deux ans. La syphilis est un prédisposant, elle a été relevée chez 51 p. 100 des malades. L'hérédité semble rendre la paralysie générale plus précoce, 50 p. 100 avaient de l'immobilité réflexe des pupilles. P. K.

XLIII. Contribution a l'étiologie et a la symptomatologie, de la paralysie générale, en tenant plus particulièrement compte du traumatisme et des cas de paralysie générale survenant dans le jeune age; par H. Gudden. (*Archiv f. Psychiat.*, XXVI, 2.)

De 1880 à 1893, c'est-à-dire en quatorze ans, on a reçu à la Charité de Berlin 1,386 paralytiques généraux. Age moyen quarante et un ans, 8, sur 506 malades on releva 217 fois des tares héréditaires, 137 fois des excès alcooliques. La proportion des syphilitiques est de 45,5 p. 100, elle atteint 72,7 p. 100 entre vingt et trente ans.

Les pupilles ne réagissaient plus du tout chez 34 p. 100 des malades. Le réflexe patellaire, exagéré, chez 37,4 p. 100, avait disparu chez 18,4 p. 100.

M. Gudden pense que la paralysie générale ne survient qu'en vertu d'une prédisposition préalable qu'elle puise principalement dans l'hérédité et la syphilis acquise, ceci est surtout vrai quand il s'agit de jeunes sujets (trois observations); l'hérédité, la syphilis et le traumatisme se prêtent ici un mutuel concours, et, plus grave est la tare héréditaire, plus précoce est la paralysie générale. P. K.

XLIV. Considérations statistiques sur l'explosion, la marche, la durée, la terminaison de la paralysie générale; études des lésions cadavériques et en particulier des lésions pulmonaires, a l'exclusion des altérations du système nerveux central; par Th. Kaes (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, LI, 1.)

Durée moyenne depuis les premiers débuts jusqu'à la mort; chez l'homme, 34 mois 0,5, chez la femme 21 mois 0,5. Durée moyenne du traitement à l'asile : hommes, 18 mois, 6 — femmes, 14 mois, 3. Cas exceptionnels; 27 hommes ont, à la suite de blessures céphasaliques, été atteint de paralysie générale qui a duré 75 mois 3, et 6 femmes paralytiques pour la même cause, ont été malades pendant 52 mois 8. La durée totale de la paralysie générale syphilitique depuis l'époque de l'infection syphilitique jusqu'à la mort, a été de 16 ans 5 pour l'homme, et de 21 ans 6 pour la femme.

ÉTUDES DES FORMES MENTALES

	Hommes.	Femmes.
Excitation	34,2	33,6 p. 100
Dépression.	12,1	8,9 —
Alternatives d'excitation et de dépression.	20,5	23 —
Démence uniforme	23,7	27 —
Prédominance des attaques congestives.	9,6	7,5 —

40 p. 100 d'entre eux mouraient après un séjour de 6 mois à l'asile et 73,9 à la fin de la deuxième année de leur internement.

Sur un total de 892 décès, on put pratiquer 830 autopsies.

LÉSIONS CONSTATÉES

Pneumonie catarrhale . .	50	Tuberculose miliaire. . .	74
Œdème pulmonaire . . .	390	Phtisie chronique	145
Bronchite suppurée . . .	143	Tuberculose en général. .	61
Gangrène pulmonaire . .	59	Pneumonie fibrineuse . .	330
Néphrite chronique . . .	115	Fractures de côtes. . . .	16
Cystite	69	Accidents du décubitus .	471

11 p. 100 des malades moururent d'attaques congestives apoplectiformes. P. KERAVAL.

XLV. DE LA DURÉE DE LA MALADIE ET DES CAUSES DE LA MORT DANS LA PARALYSIE PROGRESSIVE; par K. HEILBRONNER. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, LI, 1.)

Etude statistique de 524 cas de paralysie générale (418 hommes et 106 femmes) admis pendant vingt ans à l'asile de Munich.

Les attaques congestives ou le marasme ont tué 201 hommes et 54 femmes. Durée moyenne 2 ans, 7 mois et 3 semaines chez 403 hommes; 2 ans et 11 mois chez 86 femmes.

Les complications ont tué 217 hommes et 52 femmes; et alors la durée moyenne a été de 2 ans, 5 mois et 1 semaine chez les hommes, de 3 ans et 1 mois chez les femmes.

25 p. 100 des malades entrés à l'asile, y sont morts dès le premier trimestre.

AUTRES CAUSES DE MORT

Proportions centésimales.	Hommes.	Femmes.
Tuberculose.	17,94	19,81 p. 100.
Septicémie chirurgicale. .	8,14	3,77 —
Gangrène pulmonaire . .	6,94	5,64 —
Affections cardiaques . .	6,22	2,81 —
Pulmonie fibrineuse . . .	5,26	7,55 —
— catarrhale . . .	1,19	2,81 —

La tuberculose est surtout fréquente dans le premier trimestre.

Les complications hantent principalement l'âge de trente-six à quarante ans (25,12 p. 100 chez l'homme et celui de quarante à un à quarante-cinq (22,01) chez la femme.

La syphilis a été sûrement constatée chez 68 des 418 hommes; 16,26 p. 100; chez 127 d'entre eux, l'hérédité était certaine.

Les traumatismes antérieurs paraissent assombrir le pronostic en

restreignant la durée, et prédisposant à des attaques congestives; celles-ci ont été observées dans 59,33 p. 100 de cas chez l'homme et 60,38 p. 100 des femmes. P. K.

XLVI. De la manière d'être de la conscience de la maladie dans la paranoia; par A. Mercklin. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, LI, 3.)

Au début de la folie systématique chronique, le malade peut regarder ses conceptions délirantes comme des idées maladives; ce sont alors des conceptions délirantes *mobiles;* il en est de même pour les sensations somatiques et les phénomènes anxieux. Plus tard il n'en sera plus ainsi; mais on pourra voir le délirant admettre que les épisodes de confusion mentale qui le prennent de temps à autre sont de la maladie, tandis qu'il ne conviendra pas de l'inanité de ses idées fixes de grandeurs et de persécutions. P. Keraval.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

XXVI° RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE ALLEMANDE DU SUD-OUEST.

SESSION DE CARLSRUHE.

Séances des 3 *et* 4 *novembre* 1894. — Présidence du professeur Furstner (de Strasbourg).

M. Sommer. *Rapport sur la question de l'alcool.* — L'auteur se place sur le terrain de la physiologie et de la clinique. C'est bien la question de l'*alcool* qu'il entend étudier, et non celle des *impuretés* de l'alcool, car il n'y a pas en réalité de différence entre l'action de l'alcool éthylique pur et celle de l'alcool impur. Quel est le rôle physiologique de l'alcool? C'est un combustible qui se transforme rapidement, dans l'organisme, en acide carbonique et en eau. Mais la production de chaleur due à cette combustion ne détermine pas une épargne des éléments des corps combustibles: elle est en effet compensée par une déperdition plus considérable

de calorique due à la dilatation des vaisseaux cutanés, cette dernière étant elle-même sous la dépendance de la paralysie des vasomoteurs. L'alcool n'est donc ni un aliment d'épargne, ni un tonique du système nerveux. Il détermine au contraire un cortège de troubles nerveux par son action sur les nerfs périphériques. Il agit de deux façons : 1° par son action toxique sur le protoplasma nerveux; 2° par l'inflammation qu'il produit dans les tissus voisins de l'élément nerveux.

Pour ce qui est de l'influence de l'alcool sur le cerveau, Kræpelin a montré qu'à la dose de 30 à 40 grammes les fonctions psychiques s'accomplissent plus péniblement (lecture, calcul, association des idées, etc.); chez certains sujets, cette action de ralentissement est parfois précédée d'une phase d'allégement, surtout pour les fonctions motrices. Ajoutons à cette double influence de l'alcool la production d'un sentiment d'euphorie. Par l'action physiologique de l'alcool s'expliquent une série de phénomènes cliniques : l'ivresse, la fureur alcoolique, les actes criminels des alcoolisés, leur affaiblissement intellectuel. Le *delirium tremens* est beaucoup plus rare dans les pays à bière que dans les contrées où l'on boit le vin et l'eau-de-vie.

Il faut distinguer les buveurs qui s'alcoolisent par suite de préjugés, de leur profession (buveurs conventionnels), et les buveurs psychopathes qui, en dehors des circonstances précédentes, ne peuvent résister au besoin d'augmenter leur ration habituelle d'alcool. Les buveurs conventionnels peuvent être guéris par l'abstinence totale, mais non par la « tempérance ». L'action dégénérative de l'alcool sur la descendance n'est pas suffisamment prouvée. Il faut limiter l'usage de l'alcool en thérapeutique aux cas dans lesquels son action physiologique peut être utile (engourdissement des fonctions psychiques, excitation des fonctions motrices, euphorie). L'incurabilité des buveurs tient en général non pas à la nature même de la maladie, mais à l'alcoolisation obligatoire qui sévit dans le milieu social où ils vivent.

M. Smith (Schloss-Marbach). *Rapport sur la question de l'alcool.* — Grande est l'importance de la campagne menée par les aliénistes suisses en faveur de l'abstinence totale de l'alcool. C'est la première fois que cette dernière question fait l'objet d'une discussion scientifique en Allemagne. L'alcool est un fléau social. Par suite du préjugé qu'il nourrit, qu'il fortifie, qu'il réchauffe, la classe des travailleurs dépense des sommes considérables sans augmenter sa puissance de travail. De vastes étendues de terrain sont perdues qui pourraient servir à l'alimentation du peuple. La criminalité est augmentée de 100 p. 100 par suite de l'usage des boissons alcooliques. Il meurt, dans certains pays, un habitant sur neuf, par l'abus de l'alcool. La mortalité des sections d'abstinents des compagnies anglaises d'assurance est moindre de 30 p. 100 que celle des non-

abstinents. 25 à 30 p. 100 des cas d'aliénation mentale sont provoqués par l'alcool. Le traitement des alcoolisés ne peut se faire que dans des asiles spéciaux : la durée du séjour doit varier entre six et douze mois. Il serait possible d'interner les buveurs contre leur volonté, mais leur maintien, malgré eux, ne devrait pas être autorisé. Une période d'observation de quinze jours suffit pour décider si le malade restera à l'asile : la plupart y séjourneront de leur plein gré; les autres devront être traités dans un établissement ouvert. L'abstinence totale est la règle. L'alcool doit être supprimé brusquement.

L'auteur se déclare partisan de l'abstinence totale des boissons alcooliques, non seulement pour les buveurs, mais pour tous. Il s'appuie sur l'inutilité de l'usage de l'alcool — sur ses dangers — sur la transition insensible qui mène le buveur, sans qu'il en ait conscience, de l'usage modéré à l'abus, sur l'impossibilité où l'on est de pronostiquer si tel sujet deviendra ou non un buveur d'habitude.

Discussion. M. Furstner. — L'admission dans les asiles d'aliénés des sujets alcoolisés augmentera les difficultés déjà considérables de la tâche des médecins aliénistes. En vertu de quelle loi maintiendra-t-on les nombreux psychopathes alcoolisés dans les asiles? On a proposé d'interdire les alcooliques quand leur incurabilité sera évidente. C'est imposer aux médecins une tâche très ardue et très ingrate. L'opinion publique s'insurgera contre de pareilles mesures. N'a-t-on pas actuellement de grandes difficultés à maintenir en traitement de véritables aliénés? La création d'asiles spéciaux d'alcooliques pour les indigents exigera en outre des sommes considérables.

L'épilepsie ne paraît pas être, chez les buveurs, aussi fréquente qu'on l'a dit. L'augmentation du nombre des alcooliques n'est pas générale : à Strasbourg le nombre des psychoses alcooliques va en diminuant, ce qui tient à ce que la bière prend la place de l'eau-de-vie et des liqueurs. Il n'y a pas une forme unique de *delirium tremens*. Il existe des variétés fort différentes, entre autres certaines dans lesquelles les visions d'animaux, le tremblement, et d'autres symptômes caractéristiques font défaut.

Au point de vue de l'usage de l'alcool en thérapeutique, on en obtient des résultats très favorables pour combattre l'insomnie des sujets chez lesquels les bains et les narcotiques sont contre-indiqués. L'agitation des malades épuisés par l'inanition est rapidement calmée par l'alcool, dont l'absorption est suivie d'un profond sommeil.

M. Kræpelin. — Les dangers de l'alcoolisme sont moins pressants dans l'Allemagne du Sud : le delirium tremens y est une rareté. Il n'en est pas de même dans l'Allemagne du Nord. Berlin

est un foyer d'alcoolisation; dans l'asile berlinois de Herzberge la proportion des alcooliques hommes s'est élevée à 70 p. 100. Au point de vue thérapeutique, il est vrai que l'alcool est un excellent hypnotique dans certains cas.

Il faut bannir complètement des asiles d'aliénés l'usage, même modéré, des boissons alcooliques. La suppression de ces boissons a donné d'excellents résultats à la clinique de Heidelberg, non seulement dans l'épilepsie alcoolique, mais chez les dipsomanes, les épileptiques. Il est à désirer que tous les médecins aliénistes éclairent l'opinion publique, et insistent sur ce point que l'alcool, loin d'être un agent inoffensif, est beaucoup plus dangereux que l'opium.

M. Wildermuth ne croit pas que l'alcoolisme joue un rôle important dans l'étiologie de l'épilepsie. Il est cependant d'avis de soumettre les épileptiques au régime abstinent.

M. Sommer. — L'alcool doit être considéré comme un agent provocateur des manifestations épileptiques.

M. Bleuler. — La suppression des boissons alcooliques a été des plus favorables aux épileptiques. L'épilepsie alcoolique est rare, mais beaucoup d'épileptiques sont fils de buveurs. Au point de vue thérapeutique, l'alcool est un médicament très dangereux. Il aggrave nombre d'affections aiguës, telles que le typhus et la pneumonie. Il n'est pas démontré qu'il soit un bon agent hypnotique dans le delirium tremens.

M. Smith. — L'alcoolisme n'est pas moins répandu dans l'Allemagne du Sud que dans l'Allemagne du Nord, mais on y boit plus de bière que d'eau-de-vie. Le delirium tremens est certes plus rare; mais il n'en est pas de même des maladies du cœur et du rein.

Séance du 4 novembre. — Présidence du Professeur Kræpelin.

M. Nissl (Francfort-sur-le-Mein). *L'état actuel de l'anatomie et de la pathologie des cellules nerveuses.* — Les cellules nerveuses ne sont pas toutes construites sur le même plan : il y a de nombreux types de cellules nerveuses, bien caractérisés au point de vue morphologique et en rapport avec des fonctions nerveuses spéciales. Grâce à la méthode spéciale qu'il emploie, l'auteur a pu se convaincre de l'inexactitude du schéma de Max Schultze sur la structure de la cellule nerveuse et de l'existence de types variés d'éléments nerveux. L'absence de connaissances positives sur le rôle fonctionnel des différents territoires du système nerveux est cause de notre ignorance touchant les fonctions de tel ou tel type de cellules nerveuses. Dans toute la série des vertébrés chaque territoire du système nerveux renferme des cellules du même type. Si donc on arrive à connaître

les fonctions de ces territoires, on saura par là même quelles sont les fonctions de tel type de cellules.

Le rapport qui existe entre la structure des éléments nerveux et leur fonction est bien établi pour les cellules qui, dans la série entière des vertébrés, occupent des territoires dont les fonctions motrices sont démontrées. Ces éléments sont nettement différenciés des autres cellules nerveuses, et il est aisé d'en donner les caractères anatomiques. Quand on les rencontre dans un point de l'écorce, on peut admettre le rôle moteur de ce dernier. Nous ne savons rien de précis sur les fonctions des cellules des ganglions spinaux : mais nous savons que les cellules du noyau de la racine descendante du trijumeau ont la même fonction que les éléments des ganglions spinaux.

Les cellules nerveuses d'un même type, par exemple les cellules motrices, peuvent se présenter sous différents aspects suivant qu'elles prennent plus ou moins la matière colorante : elles peuvent être très colorées, très peu ou moyennement colorées. Ces différences ne paraissent pas tenir *seulement* au rapport qui existe entre les quantités des substances nerveuses colorée et non colorée de la cellule. La dimension de celle-ci joue un rôle, car la coloration la plus légère se rencontre dans les cellules les plus volumineuses et vice versa. La différence de coloration des cellules nerveuses n'est pas artificiellement produite : elle correspond à des modifications de la nutrition de la cellule vivante, modifications encore inconnues, et dont nous ignorons la permanence pour un même élément nerveux. Les différences constatées dans la coloration des cellules nerveuses tiennent probablement à des états fonctionnels différents de ces cellules (repos, activité); c'est ce que confirmerait l'examen d'éléments nerveux excités faradiquement.

En outre des signes caractéristiques fournis par l'imprégnation des matières colorantes, il faut noter la chromophilie. On rencontre des cellules chromophiles dans les divers types de cellules. Elles se distinguent par leur apparence homogène, la disparition des détails de structure, leur coloration intense par les matières colorantes, et leur faible volume. La chromophilie est une manifestation artificielle, plus rare sur les pièces traitées par l'alcool. L'auteur insiste sur la nécessité de fixer d'une façon précise les types normaux des différents éléments nerveux (Aequivalent formen), en tenant compte des altérations cadavériques, des modifications mécaniques et de la chromophilie. L'examen des éléments nerveux des animaux pourra fournir d'utiles indications.

M. Dehio (de Heidelberg). *Démonstrations microphotographiques.* — Des expériences ont été faites sur des lapins afin de déterminer les altérations des cellules ganglionnaires consécutives à l'intoxication alcoolique aiguë. Les recherches ont porté surtout sur les cellules de Purkinje du cervelet. Dans l'empoisonnement aigu par

l'alcool, suivi de mort en quelques heures, on n'a pu observer des lésions bien caractérisées. Lorsque la mort n'est survenue qu'après six à trente-quatre heures, on a constaté des altérations des ramifications des cellules, des modifications dans la répartition de la matière colorante. Le noyau et les nucléoles traités par le bleu de méthylène n'ont pas présenté de lésions. Ces altérations ne frappent qu'un certain nombre des cellules de Purkinje. Chez un chien, mort en trente heures, des lésions analogues, mais plus accentuées, ont été constatées.

M. Nissl fait l'éloge des microphotographies de M. Dehio et signale les services importants que la technique microphotographique a rendus et est appelée à rendre dans l'avenir quand elle sera encore plus perfectionnée.

M. Kreuser (de Schussenried). *Des mesures disciplinaires dans les asiles d'aliénés.* — Il existe des malades, lucides le plus souvent, qui sont de véritables fléaux pour les services d'aliénés, par leur turbulence, leur méchanceté, leur indiscipline, leurs tentatives d'évasion. La thérapeutique est désarmée en présence de ces sujets à mauvais instincts : leur excitation psycho-motrice doit être autrement réprimée. Ils doivent être placés dans des sections spéciales et soumis à des mesures disciplinaires dont la plus énergique est l'isolement.

M. Sioli fait remarquer que les tentatives d'évasion d'un malade ne doivent pas toujours être considérées comme un acte pathologique. Bien souvent l'évasion d'un aliéné a montré que celui-ci était capable de vivre en liberté. Les mesures disciplinaires dont on parle doivent être employées aussi rarement que possible.

M. Wildermuth. — La presse réclame la création de commissions analogues à celles qui fonctionnent en Angleterre. Celles-ci constituent une sauvegarde pour le médecin, dont la responsabilité est ainsi à couvert.

M. Kreuser avoue que la durée de l'internement a peut-être jadis été prolongée au delà du temps nécessaire. Il convient de faire sortir les malades à titre d'essai. La création de commissions spéciales est à désirer.

M. Kræpelin pense avec M. Sioli, qu'il faut être moins rigoureux dans la prolongation de l'internement des aliénés. Les malades se conduisent souvent au dehors bien mieux qu'on ne l'aurait cru. Il faut tenir grand compte des conditions dans lesquelles se trouvera le malade à sa sortie ; or le médecin ne les connaît pas toujours suffisamment.

M. Furer. *Des cures d'abstinence.* — Les établissements destinés au traitement des morphinomanes, buveurs et autres intoxiqués doivent appliquer le principe de l'abstinence totale. La durée du

traitement doit être de six à neuf mois. Ces établissements peuvent être « ouverts », pour la majorité des alcooliques ; mais pour les morphinomanes, les cocaïnomanes, ils doivent être fermés, et soigneusement isolés. La prophylaxie de ces diverses intoxications peut être très efficace. L'administration doit activement surveiller les pharmacies pour ce qui est de la vente des médicaments narcotiques, interdire les réclames de la presse en faveur des mêmes toxiques (solutions bromurées, eau de Levinstein, etc.). Les médecins doivent être éclairés sur le danger des poisons narcotiques. L'auteur signale le danger que les médecins morphinomanes font courir à ceux qui les approchent. P. Sérieux.

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES ALLEMANDS.

SESSION DE DRESDE.

Séance du 22 septembre 1894.

M. Meyer. *Sur l'atrophie des fibres corticales chez les aliénés.* — Depuis les travaux de Tuczek sur l'atrophie des fibres à myéline intra-corticales dans la paralysie générale (1884), cette lésion a été constatée chez les épileptiques, les déments, les idiots. L'auteur l'a rencontrée chez des sujets atteints de confusion, de mélancolie chronique et de paranoïa hallucinatoire. Ses recherches ont porté surtout sur les fibres corticales du lobe frontal. On sait que ces fibres constituent trois couches : l'une externe, située sous la pie-mère, composée de fibres tangentielles; l'autre moyenne, plus épaisse formée de fibres rayonnantes et tangentielles; la troisième, correspondant aux cellules ganglionnaires. C'est la couche moyenne qui paraît atteinte la première; puis viennent les fibres tangentielles et enfin celles de la troisième couche. Parfois, surtout chez les paralytiques généraux, les fibres intra-corticales ont totalement disparu. L'atrophie des fibres externes et moyennes se rencontre dans les psychoses chroniques avec terminaison par la démence (mélancolie, délire de persécution). Jusqu'alors on avait mis les lacunes de l'association des idées observées dans les psychoses chroniques sur le compte de troubles fonctionnels; il est probable que souvent il s'agit en réalité de lésions dégénératives des fibres d'association. Le groupe de symptômes qui constituent les démences doit être considéré comme l'expression d'une atrophie diffuse des

fibres d'association. Chez les idiots il s'agit d'un arrêt de développement de ces fibres. Les idées délirantes de la paranoïa peuvent également être mises sur le compte de troubles dans l'association des idées provoqués eux-mêmes par une dégénération partielle des fibres d'association. De même cette lésion peut expliquer les hallucinations des persécutés.

En résumé un vaste groupe de psychoses, — les affections psychiques secondaires, y compris l'idiotie — paraissent être sous la dépendance d'une atrophie des fibres corticales. Pour ce qui est des affections mentales primaires, l'apparition des symptômes dits secondaires paraît lié à la même lésion atrophique, quelque ait été le processus initial de la maladie. L'atrophie des fibres corticales n'est donc pas une lésion appartenant en propre à la démence paralytique. Cependant cette dernière affection serait caractérisée par la prédominance de la lésion dans les circonvolutions rolandiques.

Discussion : M. Tuczek. — La localisation de l'atrophie des fibres corticales chez les paralytiques généraux est très variable; il en est de même de la région primitivement intéressée par le processus atrophique. Peut-être ces faits sont-ils en rapport avec certaines variétés cliniques de la maladie. Si le fait se confirme de l'atrophie des fibres dans les psychoses chroniques évoluant vers la démence, il reste, comme caractérisant la paralysie générale, l'existence constante de la lésion et sa localisation habituelle aux régions antérieures des hémisphères. Je n'ai jamais rencontré l'atrophie des fibres de l'écorce en dehors de la paralysie générale, sinon dans les intoxications, les arrêts de développement et peut-être les psychoses séniles. Les cas de paranoïa avec atrophie des fibres d'association ont besoin d'être confirmés. Il est prématuré de vouloir rapporter un grand nombre de troubles psychiques à la lésion des fibres corticales. Par exemple dans les pseudo-paralysies générales qui simulent si complètement la démence paralytique, il n'y a pas d'atrophie des fibres.

M. Kræpelin émet l'avis que les recherches anatomiques devraient porter non seulement sur les fibres, mais sur les cellules ganglionnaires.

M. Alzheimer fait observer qu'il n'a pu, à l'aide des méthodes d'Exner et de Nissl, déceler aucune altération cellulaire chez des sujets atteints de démence secondaire consécutive à la paranoïa.

M. Meyer a constaté dans un cas de paranoïa une atrophie des fibres dans les couches externe et moyenne (méthode de Weigert). Il est d'accord avec M. Tuczek : dans le cas qu'il a observé l'atrophie était prédominante dans la région antérieure des hémisphères; la lésion est plus accentuée, chez les paralytiques, dans les circonvo-

lutions rolandiques; chez les sujets non paralytiques, l'atrophie des fibres de cette région est moins avancée.

M. Lührmann (de Dresde). *Rapports de l'alcoolisme et de l'hystérie.* — L'Auteur rappelle les travaux de Dagonet et Magnan (1873-1874), ceux de Charcot, qui ont montré que certains symptômes observés chez des alcooliques (hémianesthésie, mutisme, contractures, etc.) devaient être mis sur le compte de l'hystérie. L'hystérie toxique est moins rare qu'on le pense, mais souvent elle n'est pas diagnostiquée, ses stigmates pouvant rester dissimulés sous les symptômes de l'alcoolisme ou du saturnisme. Sur 60 hommes hystériques, l'alcoolisme a joué chez 18 d'entre eux, le rôle d'un agent provocateur. L'hystérie se rencontre chez des alcooliques sous le coup d'une intoxication chronique qui a déterminé des troubles graves de la nutrition. L'hystérie alcoolique ressemble de tous points à l'hystérie ordinaire ; seuls certains troubles moteurs, sensitifs, visuels, nécessitent quelques remarques. L'hémianesthésie alcoolique a été fréquemment observée par Magnan. Parmi les troubles visuels, il faute noter le rétrécissement concentrique du champ visuel, l'achromatopsie, le scotome. Au point de vue des accidents convulsifs l'auteur a observé la combinaison des convulsions épileptiques dues à l'alcool et d'attaques hystériques. Les premières disparaissent par l'abstinence, tandis que les seconds persistent. Les crises hystériques peuvent d'ailleurs être provoquées par l'intoxication alcoolique, surtout chez les buveurs d'habitude. Des faits analogues se rencontrent dans la narcose provoquée par le chloroforme, dans l'intoxication par la morphine. L'auteur donne des exemples très nets de l'influence provocatrice de l'alcool sur la production d'accès convulsifs hystériques.

L'hystérie traumatique paraît plus fréquente chez les buveurs. Chez les alcooliques chroniques atteints d'hystérie traumatique une dose minime d'alcool paraît faire avorter les attaques hystériques.

Au point de vue du traitement, on obtient parfois d'heureux résultats par l'abstinence totale des boissons alcooliques : de graves symptômes hystériques peuvent complètement disparaître.

Discussion : M. Hitzig demande si les malades observés par l'auteur, souffraient d'un catarrhe chronique de l'estomac. Dans ce cas il faudrait attribuer un rôle important aux troubles gastriques dans l'étiologie des manifestations hystériques.

M. Lührmann répond que nombre de ses malades étaient atteints de gastrite chronique.

M. Buschau (de Stettin). *De l'influence de la race sur la fréquence et la forme des maladies mentales et nerveuses.* — 1° Dans le groupe de la race européenne, ce sont les éléments scandinaves et germains, c'est-à-dire les représentants du type blond du nord, qui ont la plus grande tendance aux psychoses dépressives et au suicide. Les Celtes,

les Ibères, les Ligures, les représentants du type brun de l'Allemagne du Sud, sont plus sujets aux états maniaques. L'auteur donne sur ce sujet une statistique documentée; il rappelle l'observation de Lusche sur la fréquence plus considérable, en France, des hommes de génie dans les régions peuplées par la race germanique, par rapport aux contrées où prédomine l'élément celtique. Les Celtes (Français) sont très prédisposés à l'hystérie et à l'ataxie héréditaire.

2° Le groupe sémitique se distingue par la prédisposition de ses membres aux maladies mentales; cette prédisposition ne peut s'expliquer suffisamment par les facteurs sociaux; il faut admettre l'intervention de l'influence ethnique. La fréquence des psychoses a en effet été observée non seulement chez les Juifs modernes, mais chez les anciens Hébreux, les Phéniciens, les Egyptiens, les Arabes en un mot chez tous les représentants des races sémitique et hamitique. Les femmes sont plus souvent frappées que les hommes. Le diabète est fréquent chez les Israélites; le tabes est rare.

3° La race mongole se distingue surtout par la fréquence des psychoses à forme d'exaltation : accès de fureur chez les Samoyèdes, les Ostjakes, Jakoutes, etc. L'épilepsie est fréquente dans la race malaise.

4° Les races rouges sont peu exposées à la folie. L'alcoolisme y détermine plus souvent l'épilepsie que le délire.

5° Dans les races noires psychoses et névroses sont rares, sauf l'idiotie et l'hystérie. La manie est fréquente chez le nègre civilisé.

M. Næcke (de Hubertusburg). *La menstruation et son influence sur les psychoses chroniques.* — Les recherches de l'auteur ont porté sur 99 femmes atteintes d'affections mentales chroniques, dont l'âge variait pour la plupart entre trente et un et quarante-cinq ans. Les psychoses observées chez les femmes étaient la paranoïa chronique (17 cas), la même forme avec affaiblissement intellectuel (40), la démence secondaire (10), la confusion chronique (23); il faut y ajouter quelques cas d'idiotie, de manie périodique. La durée moyenne de la période mensuelle a varié entre 4 jours 1/2 et 5 jours 1/2. Les règles paraissent avoir une influence dans environ 20 ou 25 cas p. 100, et agissent en déterminant habituellement un état d'excitation motrice ou psychique, accompagné de congestion de la face, d'hallucinations de la vue. Les idées érotiques sont très rares. En général la menstruation est normale. Dans les psychoses aiguës, l'influence de la menstruation est plus considérable.

Paul Sérieux.

LIVe RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE LA PROVINCE RHÉNANE.

10 *novembre* 1894. — BONN.

M. le Président, le professeur Pelman, ouvre la séance et résume les travaux du Congrès des médecins aliénistes allemands de Dresde (septembre 1894), ceux du Congrès pénitentiaire de Dusseldorf (octobre 1894) et en particulier la question des pénalités applicables aux délits et crimes accomplis en état d'ivresse.

M. LIEBMANN. *Une famille de quérulents.* — Il s'agit d'une famille d'aliénés dont trois membres sont actuellement à l'asile de Bonn. Cette famille, qui appartient à la classe des cultivateurs, a, à l'occasion d'un prétendu préjudice, épuisé toute la série des juridictions : déboutée de ses revendications elle a réagi comme le font les quérulents : requêtes, dénonciations, injures, actes de violence, elle a tout employé. Déjà cinq ans auparavant le père, la mère et une des filles avaient dû être interdits. Devenus dangereux pour la sécurité publique, ils furent internés. Chacun d'eux présente une variété psychopathique spéciale.

L'un, Hubert G..., âgé de soixante-deux ans, sans stigmates de dégénérescence, est un débile qui récite d'une façon pour ainsi dire mécanique, ses récriminations contre les autorités administratives et judiciaires. Le séjour à l'asile finit par amener le calme et il se laisse, sinon convaincre de l'inanité de ses réclamations, du moins persuader que son activité processive n'a fait que lui porter le plus grand tort à lui et aux siens. Il est mis en liberté après trois mois de séjour et jusqu'ici s'est conduit convenablement au dehors.

Sa femme, âgée de soixante-six ans, passait pour intelligente et active, mais d'un caractère très autoritaire. Sa mémoire est très développée. Elle développe son histoire avec une grande adresse de dialectique; parfois elle relève le récit des persécutions qu'elle a subies d'une note plaisante. Elle est convaincue que toutes les autorités y compris l'Empereur s'occupent de son affaire. Elle considère son mari comme un homme borné qui doit lui obéir en tout. Elle se reconnaît l'inspiratrice de toutes les requêtes et dénonciations.

La fille aînée, âgée de trente-cinq ans, reproduit d'une façon quasi photographique, les idées délirantes de la mère. Mais en outre elle manifeste des idées de grandeur et a, de sa supériorité une conviction profonde. Tout entière possédée par son délire elle

le traduit dans ses écrits d'une façon qui révèle un état de débilité mentale.

Enfin deux autres enfants partageaient le délire des parents. mais n'avaient point réagi, comme eux, en quérulents. C'est la mère qui a été l'agent actif dans l'élaboration des idées délirantes; c'est elle qui les a communiquées à toute la famille. Chez le mari il s'agit de *folie imposée :* le délire s'est évanoui dès qu'il a été éloigné de sa femme. Chez la fille c'est à proprement parler la *folie communiquée :* en raison de sa prédisposition héréditaire cette forme psychopathique a rapidement évolué vers l'affaiblissement intellectuel et s'est accompagnée d'idées de grandeur.

L'auteur croit devoir admettre trois formes spéciales du délire des persécutés-persécuteurs : 1° forme typique (chez la femme) : apparition du délire sur le terrain d'anomalies du caractère, sans faiblesse intellectuelle. Pas d'évolution vers les idées de grandeur et la démence. Immobilité.

2° Débilité mentale avec délire des persécutés-persécuteurs (le mari). L'apparition et l'évolution des idées délirantes, l'absence d'esprit critique chez un sujet borné. Amélioration possible par le changement d'entourage.

3° Délire des persécutés-persécuteurs comme symptôme se montrant au cours d'une paranoïa chronique (la fille). Apparition d'idées de grandeur. Terminaison par un état d'affaiblissement intellectuel.

Discussion : M. Pelman considère ces observations comme fort intéressantes, moins par la nature des idées délirantes que par leur coexistence chez tous les membres d'une famille. C'est la femme G... qui crée le délire, le systématise jusqu'au jour où la fille prend la direction. Le mari subit les idées délirantes qui lui sont imposées et les abandonne, une fois séparé de sa femme (folie imposée des Français). La fille, une héréditaire, collabore activement au délire de la mère, le développe : chez elle se produisent des hallucinations (fait exceptionnel dans cette psychose) et de véritables conceptions délirantes. Les autres enfants montrent combien chez les quérulents symptômes maladifs et réactions normales peuvent s'entremêler. Les tendances processives ne sont pas en elles-mêmes une manifestation maladive : on les constate chez des sujets sains comme chez des aliénés. Parfois on les voit se développer chez des malades atteints de paranoïa, à propos de leur interdiction. D'autres circonstances sont nécessaires pour qu'on puisse déclarer qu'il s'agit du délire des persécutés-persécuteurs. Le diagnostic est d'ailleurs toujours très délicat.

M. Oebeke cherche à fixer les signes qui permettent de distinguer les persécuteurs et les processifs véritablement délirants des sujets qui poursuivent des revendications légitimes quand bien même

ceux-ci mettent dans leurs poursuites une obstination exagérée.

M. Noetel admet que chez les persécutés-persécuteurs réellement aliénés on constate toujours un arrêt de développement intellectuel et moral. Kræpelin, dans la première édition de son traité, avait placé le délire des quérulents à côté de la folie morale. Dans les éditions ultérieures il le range dans le groupe des paranoïa.

M. Thomsen insiste sur les rapports qui existent entre les intermittents atteints de manie périodique et les persécutés-persécuteurs.

M. Hoestermann rapporte brièvement un cas de folie à deux dans lequel la psychose se montrait chez le sujet contagionné sous une forme différente de celle observée chez le délirant actif. L'évolution, elle aussi, ne fut pas la même.

M. Longard : *Sur une affaire criminelle intéressante.*— Le Dr W..., professeur à Cologne, vivait depuis longtemps en concubinage avec sa domestique. Celle-ci étant devenue enceinte il lui conseilla de se rendre à Amsterdam chez une femme X... Le jour du départ, W... accompagne sa domestique à la gare et en route il lui fait prendre un breuvage que celle-ci crache à cause de sa saveur caustique (sel d'oseille). Alors W... cherche à l'étrangler ; sa victime s'étant mis à pousser des cris, il lui introduit la main dans la bouche, après l'avoir jetée à terre; puis il lui tire quatre coups de revolver, et convaincu qu'il l'a tuée se hâte de se rendre chez le commissaire de police, afin de se créer un alibi et s'informe après sa domestique. Celle-ci, transportée à l'hôpital, dénonce l'auteur du crime qui est emprisonné.

La femme de l'inculpé ayant prétendu que celui-ci était atteint d'une maladie mentale, M. Longard fut chargé de l'expertise. L'accusé dit ne pas savoir ce que faisaient ses parents, ni où il avait passé sa jeunesse, ni combien de temps il avait passé au service militaire. Il se souvient cependant de tous les épisodes de sa vie qui peuvent lui faire honneur, bien qu'il prétende avoir perdu la mémoire depuis une maladie qu'il a eue au service et surtout depuis un traumatisme cranien. W... est un homme intelligent, vif, d'une grande mobilité : il se conduit normalement en prison et se plie à la discipline de la maison. Il a conscience de sa situation. Il ne présente pas d'idées délirantes, ni d'hallucinations. Il est quelque peu déprimé. Dans tout le cours de son existence antérieure, W... a fait preuve d'une méchanceté infernale, d'un besoin de nuire à autrui qui s'est manifesté par des actes tout à fait exceptionnels. Né en 1851, W... dont on ne connait pas la famille, fut réformé, étant au service militaire comme atteint d'épilepsie. Le médecin-major dans son rapport certifiait l'existence d'attaques graves et fréquentes suivies d'une longue période d'obnubilation.

En 1883, après s'être procuré à l'aide de faux, un diplôme de docteur, W... fonde un Institut pour l'enseignement des langues, autour duquel il fait beaucoup de réclame, se donnant comme professeur de onze langues. Ensuite il se marie et n'épargne pas à sa femme les injures et les coups; il entretient des relations avec sa domestique pendant les couches de sa femme. Il enferme celle-ci et la soumet à une surveillance étroite. Sa femme s'étant refugiée chez ses parents, W... va chez ces derniers, se répand en menaces, on est forcé de recourir à l'intervention de la police. Plus tard, au cours d'une discussion, W... est frappé à la tête par son beau-père et ce traumatisme est exploité par l'accusé qui lui attribue l'apparition de manifestations maladives et avant tout de vertiges. Sa femme qui obtint la séparation, le considère comme un simulateur.

Plus tard, en 1889, W... a changé de résidence : il se fait passer pour privat docent et officier du génie et poursuit une jeune fille de famille honorable de ses obsessions; il agit en persécuteur-amoureux et devient si compromettant que la police dût intervenir. Il se remarie en 1892. Sa principale préoccupation semble avoir été de faire naître des discussions, de provoquer mille affaires pénibles pour tous ceux qui l'entourent. Il dénonce les locataires de la maison qu'il habite, excite les gens les uns contre les autres, et n'est jamais plus heureux que lorsque ses excitations les amènent devant le commissaire de police ou devant la justice. Par exemple, le samedi soir, quand tout a été nettoyé à fond, il répand des ordures dans les escaliers de la maison, y compris celui qui dessert son appartement, Le dimanche matin il fait venir la police et accuse ses voisins de l'acte qu'il a commis. D'autres fois il cherche à frapper d'épouvante ses voisins : il se glisse dans les corridors, chaussé seulement de ses bas, affublé de lunettes bleues et va écouter aux portes. Un jour il met en pièces un vêtement de dames qui appartenait à une voisine et l'enduit de pétrole. Il persécute plus particulièrement les bonnes; il les poursuit, leur lance de l'eau, met des ordures à la porte de leur chambre, grimpe la nuit sur le toit pour assister par la fenêtre à leur coucher. Ayant appris que la fille des locataires de l'appartement situé au-dessous du sien était malade, il se met à danser et à sauter pendant plusieurs jours au-dessus de sa chambre.

W... est évidemment un sujet névropathe, facilement irritable. Mais rien ne montre l'existence d'une affection mentale. L'absence de mémoire constatée chez lui est simulée et contraste avec l'intégrité de toutes les autres facultés, et en particulier avec sa connaissance des langues étrangères. L'épilepsie qui a entraîné la réforme de W..., alors qu'il etait sous les drapeaux a été sans doute également simulée. Le crime qui lui est imputé n'est pas l'acte d'un épileptique, mais bien une tentative préméditée et accomplie avec réflexion.

W... est sans doute un être anormal, mais comme il ne présente pas de troubles psychiques, comme il est intelligent et a la notion du bien et du mal, il doit être déclaré responsable. Les Drs Pelman et Umpfenbach qui ont examiné l'inculpé sont arrivés à la même conclusion. Il fut condamné à quinze ans de détention.

Discussion. — M. PELMAM considère W... comme un simulateur. L'amnésie toute particulière qu'il présentait ne peut s'expliquer autrement. Rien ne peut faire penser à l'épilepsie ; les circonstances qui ont accompagné le crime doivent faire écarter l'hypothèse d'un acte commis sous l'influence d'un état comitial.

M. STEINER a vu le sujet deux fois en 1892. Celui-ci était venu le consulter pour des maux de tête et des vertiges; il présentait au niveau de la tempe gauche une cicatrice qu'il attribuait à un traumatisme.

M. SCHULTZE se demande si certains aliénistes n'auraient pas été d'avis de considérer W... comme atteint de moral insanity. Si pour accepter la réalité de cette forme, l'existence d'un certain degré de faiblesse intellectuelle paraît nécessaire, ne peut-on voir dans la simulation bizarre inventée par W... l'indice d'un état de débilité mentale.

M. PELMAN.— Sans doute la vie de W... est riche en épisodes qui sortent de l'ordinaire et qui doivent faire penser à une constitution psychique anormale, mais que cet état anormal soit nécessairement d'ordre pathologique, c'est ce qui n'est pas prouvé. Le concept un peu mystique de la folie morale est loin d'apporter la lumière dans l'interprétation de ce fait.

M. OEBEKE voit dans certains actes de l'accusé quelques traits particuliers qui peuvent être rapportés à l'épilepsie. Il ne faut pas oublier que celle-ci a été constatée alors que W... était au service militaire.

M. FLUGGE. *Sur certains états spéciaux d'affaiblissement intellectuel* (KRÆPELIN) *comme terminaison de la paranoia.* — Le professeur Kræpelin a décrit une forme particulière d'affaiblissement intellectuel dans laquelle une incohérence très accusée du langage s'accompagne d'un certain degré de cohérence dans la pensée. Les malades ont la notion exacte du lieu, du temps, de l'entourage, ils ont conservé la mémoire et un certain degré de jugement, mais leur langage est dénué de tout sens et dans leurs discours c'est à peine si certaines phrases sont compréhensibles. Nombreux sont les néologismes, les mots étrangers, les tournures stéréotypées. On ne constate point d'hallucinations, ni d'idées délirantes. Les malades font volontiers des conversations longues et fréquentes, ils écrivent dans un style ampoulé. Dans leurs actes on ne relève aucun trouble notable : ils se montrent laborieux, mais bizarres

parfois dans l'exécution de leurs travaux. D'après Kræpelin, cet état psychopathique se développerait parfois dès la jeunesse, consécutivement à une forme de dépression accompagnée d'idées de persécution et suivie plus tard d'un état d'excitation avec idées de grandeur. Les conceptions délirantes ne tardent pas à rétrocéder ; alors se manifeste la forme spéciale précédemment décrite caractérisée par un certain degré d'affaiblissement intellectuel avec une incohérence très accusée dans le langage. Cet état dure pendant des dizaines d'années sans modifications.

L'auteur en a observé qui paraissent devoir rentrer dans la forme décrite par Kræpelin. Chez quelques-uns cependant on a pu noter la persistance de quelques idées délirantes et d'hallucinations, bien que peu actives. M. Flügge laisse ces cas de côté et donne deux observations qui présentent l'ensemble symptomatique décrit plus haut.

Dans le premier cas il s'agit d'un malade, âgé de quarante-cinq ans, ayant des tares héréditaires, et dont la vie, antérieurement à son internement, a été celle d'un déséquilibré. A la suite de nombreux déboires il est pris d'excitation, se croit persécuté, accumule les interprétations délirantes, s'imagine qu'il est marié avec une personne très riche qu'il n'a d'ailleurs jamais vue. A l'asile, il croit voir partout sa bien-aimée; il l'entend, il la sent : il reste toute la journée assis près d'un mur qu'il couvre de baisers, il s'entretient avec sa femme qui lui parle dans la langue universelle. Onanisme. Ce délire ne tarde pas à disparaître et en 1877 les hallucinations et les idées délirantes s'étaient effacées, et n'ont point reparu. Il est employé aux bureaux de l'asile, il fait preuve de zèle et accomplit son travail avec exactitude. Il se distrait par la lecture, la mumusique, le théâtre. A ne considérer que sa façon de se conduire, de travailler, il fait l'effet d'un sujet normal. Mais qu'on vienne à lui demander son opinion sur des questions scientifiques ou politiques et l'on reste étonné de l'incohérence de ses discours, du manque d'enchaînement de ses pensées, de l'illogisme de ses idées (associations par assonnance). Il parle de centaines et de milles, de la quadrature du cercle, de l'unité allemande, des organes génito-urinaires et mélange tous ces sujets différents. Il s'occupe de la question de l'unification de l'heure. Dans ses écrits très prolixes, même incohérence : de la question précédente il passe au projet de monument commémoratif de l'empereur, à la Révolution française, au service militaire de deux ans, à la question juive, au volapuk, etc., etc. On le voit, ce malade présente les signes décrits plus haut : absence d'idées délirantes, faculté d'orientation conservée, ardeur au travail, exécution correcte de la tâche accoutumée, conservation de la mémoire, incohérence énorme dans le langage parlé ou écrit. Il est intéressant d'ajouter que le malade peut converser longuement d'une façon correcte sur ce qui a trait à son

travail dans l'asile. La confusion n'apparaît que lorsqu'il aborde ses thèmes favoris : politique, unification de l'heure, etc.

Au point de vue de leur contenu les discours et les écrits du malade représentent un mélange d'*hypologie* et d'*hyperlogie* (Arndt) : l'hypologie se caractérisant par l'impossibilité où est le patient de se débarrasser d'une idée donnée, c'est-à-dire par une indigence de pensées, — l'hyperlogie se traduisant par une production exagérée de conceptions : une première idée provoquant l'apparition d'une seconde, celle-ci d'une troisième; c'est une véritable chasse d'idées. L'incohérence, d'après Arndt, tient à la production exagérée des idées mais peut aussi tenir à la lenteur excessive et à l'indigence dans la formation des idées.

Dans le second cas, il s'agit d'un sujet antérieurement condamné pour escroquerie. En 1869, début d'un délire de persécution : on le torture la nuit, ses parents se servent de lui comme d'un medium, l'Empereur le tourmente, etc. Plus tard, le malade, qui faisait son service militaire, déserte, est condamné et enfin reconnu comme aliéné. A l'asile, il tient de longs discours, protestant contre ses persécuteurs et parlant de la vengeance qu'il tirera d'eux; il est en proie à des hallucinations et à une foule de sensations pénibles, qui entretiennent un état d'excitation. En 1876, les troubles sensoriels deviennent rares et faibles; le symptôme prédominant consiste dans une incohérence très marquée du langage. Il parle pendant des heures entières, sans se lasser, et son langage est celui d'un dément. Actuellement, ce malade est tranquille, gai, sans hallucinations, ni conceptions délirantes; la mémoire est bonne; l'aptitude à faire de petites opérations d'arithmétique conservée; de même la lecture. Mais quand on l'interroge il répond par des phrases complètement incohérentes. C'est un exemple de cette forme de confusion verbale que Fovel a appelée « salade de mots » : chaque fois que le malade ouvre la bouche c'est pour proférer, sans aucun ordre logique, des termes techniques, des mots latins, allemands; malgré l'absence complète de sens du discours, ce dernier est prononcé avec un grand sérieux et sur un ton solennel. Pas trace dans les réponses de rapport avec les questions, pas d'association d'idées dont on puisse retrouver le fil.

L'auteur admet que ces états d'affaiblissement psychique dans lesquels il y a rupture des associations étroites qui unissent le contenu des conceptions à l'expression verbale, agrammatisme et paraphasie, se développent sur un terrain de dégénérescence psychique. Il n'est pas encore possible de dire si ces états sont toujours secondaires à la paranoïa. Paul Sérieux.

BIBLIOGRAPHIE.

III. *Les maladies de la moelle épinière et du bulbe. Die Erkrankungene des Ruckenmarkes und der medulla oblongata;* par Leyden et Goldscheider (t. X. fasc. I du *Traité de pathologie et de thérapeutique*).

Le livre très remarquable que MM. Leyden et Goldscheider présentent au public médical constitue la première partie d'un ouvrage ayant pour sujet les maladies de la moelle épinière et du bulbe. Il renferme cinq chapitres qui sont une introduction générale aux affections de l'axe bulbo-spinal. Le premier chapitre est consacré à l'anatomie de la moelle et du bulbe. La structure fine de la moelle épinière y est traitée avec tous les détails que comporte cet organe important. Chaque donnée nouvelle et qui présente un intérêt particulier au point de vue de la neuropathologie y est exposée d'une manière précise. Plusieurs figures facilitent la compréhension du texte.

Le deuxième chapitre est un exposé complet de nos connaissances actuelles sur la physiologie de la moelle. On y trouvera traitée la question de la transmission des impressions sensibles et motrices. A propos de la transmission de la douleur, ils considèrent la substance grise comme un organe de summation plutôt que comme un organe destiné à la conductibilité des impressions douloureuses. Le croisement des voies conductrices de la moelle, l'hyperesthésie et la conductibilité du sens musculaire sont exposés avec beaucoup de sens critique. Le troisième chapitre renferme l'anatomie pathologique de la moelle épinière. Les diverses lésions de substance blanche, de la substance grise et de la névroglie sont indiquées. Les auteurs entrent dans des considérations intéressantes au sujet des lésions de la moelle consécutives aux amputations, de la régénération de la moelle épinière et des scléroses systématisées et combinées. A noter que les auteurs nient l'existence de scléroses systématisées dans le sens que leur donne Flechsig. Ils ont introduit dans leur livre, avec beaucoup de raison d'ailleurs, la conception du neurone comme base de la pathologie nerveuse.

La symptomatologie générale (quatrième chapitre) représente une véritable monographie sur la séméiologie du système nerveux. A signaler particulièrement la contracture, les troubles du sens musculaire et l'ataxie qui permettent aux auteurs de développer des vues originales et intéressantes.

Le cinquième chapitre relatif à l'étiologie est peut-être un peu court; on y trouvera le rôle du traumatisme, des infections et des intoxications dans la production des maladies de la moelle épinière.

Le dernier chapitre, consacré à la thérapeutique générale des maladies de la moelle épinière, est fort instructif. La question de l'électrothérapie se recommande tout particulièrement par la justesse de leurs vues et par les idées nouvelles qu'ils développent. Sans nier le rôle de la suggestion dans l'électrothérapie, les auteurs montrent que le courant électrique modifie l'excitabilité du nerf en plus ou en moins. Toutefois, il ne faut pas penser que l'électricité ait une action curative sur les processus anatomiques de la moelle épinière.

Le courant nerveux n'influence d'une façon favorable que les troubles fonctionnels qui accompagnent ce processus. Une analyse aussi courte que celle que nous venons de faire ne peut donner qu'une idée incomplète de la valeur du contenu de cet important ouvrage G. Marinesco.

IV. *Symptômes spasmodiques et contractures permanentes dans la paralysie générale;* par le Dr M. Trenel. (Th. P. 1891, Steinheil.)

C'est un travail de recherches, à la fois cliniques et anatomo-pathologiques. Etudiant la fréquence des symptômes spasmodiques et contractures dans la paralysie générale, l'auteur les rapproche des tremblements divers, des mouvements choréoïdes et des accidents analogues qu'on rencontre dans les paralysies spinales spasmodiques, les scléroses et la syringomyélie. Il met en parallèle les lésions nécroscopiques et l'étude histologique du centre nerveux, des paralytiques ayant présentés de tels symptômes.

La méthode anatomo-clinique amène ainsi l'auteur à conclure à la combinaison possible de la paralysie générale avec ces affections spinales diverses et à l'existence fréquente de lésions centrales variées variables réalisant le substratun organiqne de tel ou tel symptôme, spasme ou contracture, commun aux affections spinales et à la meningo-encéphalite A. M.

V. *Contribution à l'étude des caractères du délire dans leurs rapports avec l'intelligence du délirant;* par le Dr Giroudon. (Thèse de Lyon, 1895.)

En 1890, la Société médico-psychologique mettait au concours la question suivante : *De l'état mental et du délire chez les imbéciles et les idiots.* M. Legrain, analysant le mémoire de M. Sérieux émettait cette proposition : le pouvoir délirant d'un aliéné est en raison directe de ses moyens intellectuels. M. Giroudon développe cette idée et apporte quelques faits d'observation à son appui; mais il

limite son travail à l'étude du délire chez les faibles d'esprit. M. P. Sérieux a fourni à l'auteur quelques observations intéressantes de son mémoire encore inédit.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes : le pouvoir délirant d'un aliéné est en raison directe de ses moyens intellectuels; — pour faire les frais d'un délire aux idées larges et nombreuses, il faut un cerveau suffisamment organisé; — les faibles d'esprit auront toujours des troubles délirants élémentaires et peu compliqués, formés d'un nombre restreint d'idées niaises tournant dans un cercle étroit et toujours exprimées de la même façon terne et monotone.

La puissance de l'activité psychique supérieure chez certains aliénés intelligents se traduit par une tendance à lancer des accusations calomnieuses entourées d'une multitude de détails circonstanciés dont la correction apparente peut égarer la justice.

La diminution de l'activité psychique chez les faibles d'esprit, entraîne une union plus étroite de l'idée et de l'acte, une tendance toute particulière à réagir sous l'influence des conceptions délirantes par des actes violents, impulsifs. Dans tous les cas, il sera possible et utile à l'aliéniste, au médecin légiste, de rechercher le substratum intellectuel d'un délire pour mieux en apprécier les dangers et la guérison.

Dr Devay.

VI. *Glycosurie et psychoses. Contribution à l'étude de la glycosurie transitoire chez les aliénés;* par le Dr Toy. (Thèse de Lyon, 1895.)

Guidé par l'enseignement de M. le professeur Pierret, l'auteur a fait une étude, basée sur sept observations, des troubles de la sécrétion urinaire chez les aliénés, ou mieux chez un groupe d'aliénés, les mélancoliques. En effet, toutes les observations apportées par M. Toy intéressent cette maladie.

La glycosurie passagère non accompagnée de diabète se rencontre dans certaines formes d'aliénation mentale. Sa présence précède ou accompagne des accès de délire; d'autres fois, et c'est le cas le plus fréquent, elle n'apporte aucune modification dans l'état physique ou mental du malade. La durée de cette glycosurie est très variable, de quelques jours à un ou deux mois.

L'auteur a abordé un point très intéressant de la question, la toxicité urinaire; malheureusement ses recherches n'ont porté que sur un cas. Il a trouvé que les urines non sucrées étaient fortement hypertoxiques, alors que les urines sucrées du même malade étaient hypotoxiques. Cette hypotoxicité coïncidant avec une amélioration de l'état mental, l'auteur pense à une corrélation. Il s'appuie sur les expériences de Roger qui admet que le glucose diminue l'activité des substances toxiques.

Les malades qui font le sujet de cette étude doivent être rangés

dans la classe des neuro-arthritiques, et la glycosurie qu'ils ont présentée doit être rapportée à une excitation du système nerveux par suite d'un vice de la nutrition, absolument comparable à une intoxication.

M. Toy conclut : aux troubles urinaires si fréquents chez les aliénés, on doit ajouter la glycosurie transitoire.

Ce phénomène essentiellement passager ne s'accompagne d'aucun autre signe de diabète.

La glycosurie transitoire se voit de préférence chez les mélancoliques à constitution neuro-arthritique. Elle n'aggrave nullement le pronostic de la mélancolie. Elle ne se transforme pas en délire vrai et n'amène à sa suite aucune des complications viscérales si fréquentes chez les diabétiques. Elle cède rapidement à l'antipyrine.

Dr Devay.

VII. *Fragments de pathologie nerveuse* (*Frammenti di patologia nervosa*), par R. Massalongo. (Extrait du *Traité italien de pathologie et thérapeutique médicales*, 1895.)

Ce volume de plus de 400 pages est formé par la réunion d'articles écrits par Massalongo pour le *Traité de médecine italien*. Il s'agit donc d'une œuvre essentiellement didactique composée d'une série de monographies ayant chacune un développement aussi ample que le cadre général de l'ouvrage le permettait. Les sujets traités par l'auteur sont les suivants:

1° *Tremblement.* — Ce symptôme est étudié d'une part dans son ensemble, d'autre part dans les particularités diverses qu'il présente suivant les maladies dans lesquelles il se montre. On consultera notamment avec intérêt les classifications auxquelles l'étude du tremblement a donné lieu, ainsi que les pages consacrées à la physiologie pathologique.

2° *Paralysie agitante.* — Massalongo, après en avoir tracé un tableau très fidèle et très détaillé, émet des doutes sur les relations qu'on a voulu établir entre cette affection et les lésions de sénilité du système nerveux. Il déclare d'une façon très catégorique que ce n'est pas une névrose, et émet l'opinion que des recherches chimiques donneront un jour la clef des difficultés en présence desquelles on se trouve pour en expliquer la physiologie pathologique.

3° *Maladie de Thomsen.* — Les pages consacrées à la symptomatologie et au diagnostic sont particulièrement à signaler. L'anatomie-pathologique est exposée d'une façon complète.

4° *Paramyoclonus* et *myoclonies.* — L'auteur fait la part qui convient aux auto-intoxications. Il pense qu'un certain nombre de myoclonies sont en rapport avec des altérations minimes et fugaces des cellules nerveuses.

5° *Maladie des tics convulsifs.* — Cette maladie est traitée surtout d'après les travaux dus à l'Ecole de la Salpêtrière, notamment pour ce qui concerne les troubles mentaux multiples si singuliers qui accompagnent cette affection,

6° *Acromégalie.* — A propos de la nature et de la pathogénie de cette maladie, Massalongo émet l'opinion qu'elle est « une variété ou mieux une anomalie du gigantisme ». L'hypertrophie constante du corps pituaire, celle fréquente aussi du thymus, organes de fonction fœtale importante, nécessaires au développement de l'organisme, lui font penser qu'il s'agit de la persistance dans la vie extra-utérine de la fonction de ces glandes fœtales. Tant que le corps est en voie de développement les déformations ne se montrent pas, mais lorsque la croissance est arrivée à son terme, la fonction de ces glandes persistant, on voit survenir les déformations de l'acromégalie.

7° *Athétose double.* — On consultera avec profit la monographie consacrée à cette affection qui a déjà fait l'objet de plusieurs contributions importantes de la part de l'auteur. Il la considère moins comme une entité morbide que comme un syndrome se montrant dans diverses maladies cérébro-spinales, et surtout en rapport avec des altérations des circonvolutions cérébrales. Elle n'est pour lui, en résumé, « qu'une athétose bilatérale ».

8° *Névroses traumatiques.* — Dans cette étude, Massalongo fait deux chapitres distincts, l'un consacré à l'hystéro-traumatisme, l'autre aux névroses traumatiques, adoptant ainsi une position mixte entre les idées de Charcot et celles d'Oppenhein et autres auteurs qui soutiennent ou ont soutenu l'autonomie du groupe des névroses traumatiques.

9° *Tétanie.* — L'auteur a mis à profit les notions actuellement en cours sur les auto-intoxications et s'est également inspiré des récents et importants travaux publiés sur ce sujet par les médecins autrichiens, travaux grâce auxquels l'ancienne tétanie de Trousseau s'est trouvée notablement modifiée.

Ces différentes monographies très remarquables à tous les points de vue contiennent une bibliographie très étendue, ainsi qu'une quantité de figures dont un bon nombre appartiennent à l'auteur.

Pierre Marie.

VARIA.

Séances publiques d'hypnotisme. — Une interdiction qui s'impose.

Nous empruntons au *Républicain orléanais* du 24 octobre, l'article suivant qui nous paraît curieux à divers titres :

Nous avons dit ce que nous pensions des séances de M. Pickman et autres hypnotiseurs, séances qualifiées *d'essentiellement immorales et dangereuses* par M. le Dr Gilbert Ballet, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, un des maîtres les plus éminents et les plus écoutés en matière d'hypnotisme et d'affections nerveuses.

La municipalité d'Orléans n'en a pas moins cru devoir autoriser les séances de M. Pickman que celui-ci a représentées, à coup sûr, comme absolument inoffensives, comme de simples exercices de prestidigitation et de trucs plus ou moins habiles. La représentation a eu lieu lundi soir — devant un public assez rare, d'ailleurs. Or, on lisait hier dans le *Patriote orléanais* qui avait prêté sa publicité à M. Pickman :

« Il y a quelques jours, nous insérions une réclame qui nous avait été apportée par M. Pickman, en ce moment de passage à Orléans. Il devait, nous a-t-il dit, donner deux soirées dans lesquelles il ferait de la prestidigitation et quelques expériences très anodines de seconde vue, divination, etc.

« La première de ces soirées a eu lieu et les expériences prétendues anodines sont en réalité des scènes d'hypnotisme très troublantes et qui peuvent devenir très dangereuses pour certaines personnes.

« Par exemple, M. Pickman avait suggéré à deux de ses spectateurs de se rendre aujourd'hui à midi chez M. Cribier, pharmacien, place du Martroi. Ils ont obéi tous les deux à la suggestion. Sur leur passage, une foule énorme que leur allure, leurs gestes, leur physionomie d'hallucinés et leurs yeux hagards ont péniblement impressionnée. Pour l'un d'eux l'accomplissement de cette suggestion a semblé constituer une véritable torture, une sorte de crise épileptique. L'un d'eux était tellement fatigué qu'il a dû aller se mettre au lit.

« Il y a un danger public à laisser s'organiser de telles exhibitions, et nous croyons que la municipalité agirait sagement en

retirant à M. Pickman l'autorisation de se servir, pour un pareil spectacle, de la salle de l'Institut. Cette mesure serait unanimement approuvée à Orléans. Les sévères critiques que M. Pickman a pu entendre de la part de tous, s'il s'est trouvé sur la place du Martroi au passage de ses suggestionnés, en sont une preuve certaine. »

Le *Patriote orléanais* — après avoir vu — partage donc à présent notre avis, qui est d'ailleurs celui de tous les médecins et de toutes les personnes sensées. Il n'y a que le *Journal du Loiret* qui reste fidèle à la cause ou plutôt à la réclame pickmanesque. Mais les raisons qu'il donne pour vanter et justifier de telles exhibitions nous paraissent au contraire constituer d'excellentes raisons pour leur interdiction.

« Au regard de cette puissance de l'imagination, dit-il, l'homme n'est plus qu'un automate, un pantin, dont la volonté tient les fils. La science, encore une fois, ne saurait se désintéresser de pareille question; à elle de contrôler les expériences pour en tirer telle conclusion qu'elles comportent. »

Voyez-vous la science — c'est-à-dire des hommes de savoir, de haute probité, de conscience élevée et de situations connues — allant « contrôler » les faits et gestes d'un charlatan qui commence par faire des tours de cartes et des escamotages!... Non, confrère, la science n'a rien à voir là-dedans. Elle vit dans un autre milieu et dans une autre atmosphère. Elle n'a pas besoin des tréteaux; ses laboratoires et ses hôpitaux lui suffisent. Elle n'a pas à corser la figuration et la recette d'un industriel plus ou moins... industrieux, qui mêle à dose inégale, pour intriguer et passionner le public, les trucs et la réalité.

Le *Journal du Loiret* continue, en essayant de combattre l'idée que de telles expériences sont dangereuses. Il croit s'en tirer ainsi : « L'hypnotisme ne crée pas la névrose; il la révèle : ce n'est pas du tout la même chose. »

Si l'auteur de l'article était atteint de névrose latente, de névrose « larvée » comme disent les médecins, ou si l'un des siens en était atteint — une femme ou un enfant — je me demande s'il serait satisfait que les expériences de Pickman, dans la salle de l'Institut, viennent *révéler* cette affection. D'autant plus que non seulement l'hypnotisme la révèle, mais que manié par un empirique, sans notions et sans souci de la thérapeutique, il l'aggrave — comme on augmente la fêlure d'un vase, en le sondant du doigt, mal à propos ou maladroitement.

Nous réclamons donc à nouveau et énergiquement l'interdiction de tels spectacles. Nous ne savons si nous serons entendus cette fois et à temps par la municipalité. Mais il y a une autre interdiction qui est toujours possible et non moins efficace que les actes officiels : celle du public.

Que le public reste chez lui et n'aille pas porter son argent à un charlatanisme aussi prétentieux que dangereux et à des pratiques ou dérisoires ou malsaines. L'abstention du public — qui doit être aujourd'hui complètement édifié — sera une leçon bien placée. — Mais il faut bien que je mange, dira l'autre, le « commandeur » qui s'exhibe avec de pharamineuses rosettes à la boutonnière. Nous répondrons comme le lieutenant de police de Louis XV à un folliculaire : — Je n'en vois pas la nécessité.

P.-S. — Dans les affiches d'un puffisme indécent de M. Pickman, après les citations des noms des D[rs] Bernheim, Liébault, Liégeois, Engel, etc., qui ne se savent certainement pas invoqués à cet effet, on lit les noms de M. le procureur de la République de Besançon et d'un conseiller de préfecture, M. Gallois. Ils servent de réclame! Enfin, l'affiche ajoute : « A Baume-les-Dames, M. Farre, procureur de la République; M. Billard, juge d'instruction, et M. le D[r] Boiteux, de la Faculté de Paris, ont bien voulu servir de sujets à M. Pickman. » — Ces messieurs seront évidemment flattés de figurer sur ces affiches! Enfin, M. Pickman se vante d'avoir fait des expériences *avec le concours* de MM. Charcot, Luys, Richet, Gilles de la Tourette, etc. Nous signalons l'usage ou plutôt l'abus fait ainsi de noms connus et nous demandons à nouveau si l'on ne trouve pas qu'en voilà assez en fait d'exploitation de la crédulité publique.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions :* M. le D[r] Chevalier-Lavaure, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés d'Aix, est promu à la classe exceptionnelle; — M. le D[r] Gallopain, directeur de l'asile public d'aliénés de Fains, est promu à la classe exceptionnelle; — M. le D[r] Bellot est nommé directeur-médecin de l'asile de Brenty (Charente); — M. le D[r] Chaussinaud est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier; — M. le D[r] Garnier, directeur-médecin de l'asile de Dijon, est nommé médecin-directeur de l'asile de Dôle; — M. le D[r] Monestier est nommé médecin-adjoint de l'asile de Lafond; — M. le D[r] Berbey est nommé médecin-adjoint de l'asile de Dury (Somme); — M. le D[r] Paris, médecin en chef de l'asille de Mareville, est nommé à la 1[re] classe du grade; — M. le D[r] Crimart est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Méens; — M. le D[r] Caillau, médecin en chef à Cadillac, est nommé à la 1[re] classe du grade; — M. le D[r] Ramadier, directeur-médecin de l'asile de Rodez, est nommé à la 2[e] classe du cadre.

La sorcellerie aux ixe siècle. — Sous le titre : *Une tueuse d'enfants, 23 victimes*, le *Républicain orléanais* publie une dépêche de Catane ainsi conçue :

« Une femme du nom de Gaëtana Stimoli attirait, en leur promettant des bonbons et des jouets, les enfants qu'elle rencontrait et leur faisait boire ensuite du vin mélangé à du phosphore. Les malheureuses victimes mouraient dans d'atroces douleurs. Vingt-trois enfants auraient été empoisonnés de cette façon. La femme Stimoli a été arrêtée ; elle a avoué ses crimes, disant qu'elle voulait se venger, parce que deux de ses enfants, qui avaient été ensorcelés, étaient morts. La foule, indignée, voulait mettre la mégère à mort. »

Les aliénés. — Les journaux politiques ont publié le récit d'une « horrible tragédie » qui s'est passée à Ambersby (Angleterre). « Thomas Hartland, récemment interné dans un asile d'aliénés, a parcouru le bourg armé d'un revolver. Rencontrant un ouvrier, il l'a tué d'une balle dans la tête ; un peu plus loin, il a tué un mendiant. Puis il s'est introduit dans une auberge, a tué l'aubergiste et s'est ensuite brûlé la cervelle. » D'où la nécessité d'interner les aliénés.

Barr (M. W.). — *The Influence of Heredity on Idiocy*. Brochure in-8° de 12 pages. — Pensylvanie, 1895. — Chez l'auteur. School for fublemindord.

Bourneville. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*. — (Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1894, t. XV, avec la collaboration de M. Noir. — Volume in-8° de LXIII-141 pages, avec 8 figures et 4 planches. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés : 3 fr. 50. — Aux bureaux du *Progrès Médical*.

Charcot (J.-B.). — *Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive*. — (Type Duchenne-Aran.) — Un volume in-8° de 176 pages avec figures dans le texte et quatre planches en chromolithographie. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés : 3 fr. 50. — Au *Progrès Médical*.

Frankl-Hochwart. — *Der Meniere'sche Symptomen complex die erkrankungen der inneren ohres*. — Volume in-8° de VI-122 pages. — Wien, 1895. Librairie A. Hölder.

Garnier (P.) — *Les fétichistes pervertis et invertis sexuels*. (Observations medico-légales.) — Volume in-16 de 192 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, 1895. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 1195.

Vol. XXX. Décembre 1895. N° 106

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ASILES D'ALIÉNÉS.

DES QUARTIERS SPÉCIAUX D'UN ASILE D'ALIÉNÉS;

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL,
Médecin en chef à Ville-Evrard.

Dans un précédent mémoire j'ai étudié les éléments constitutifs communs à tous les quartiers d'un asile d'aliénés, c'est-à-dire ceux qui entrent de toute nécessité dans leur composition, quelle que soit la catégorie de malades qu'ils sont destinés à hospitaliser et j'ai montré que ces éléments communs étaient au nombre de seize. Nous allons aborder aujourd'hui l'étude des éléments spéciaux, c'est-à-dire des dispositions particulières que doivent présenter les quartiers selon le genre d'aliénés qu'ils hospitalisent, *dispositions à ce point caractéristiques qu'un homme du métier en les parcourant dira avec certitude : ici sont soignés les agités, là les malpropres, de ce côté les maladies incidentes, de cet autre les suicidiques et les dangereux paisibles, par ici les tranquilles et par là les semi-tranquilles.* Or, comment a-t-on procédé pour Ville-Evrard? On a imaginé un quartier type de cinquante malades et ayant trouvé qu'il réalisait la perfection, nous avons montré dans notre premier travail ce qu'il fallait en penser, on l'a répété douze fois, six fois à droite et six fois à gauche. De cette façon le jour où on a pris possession de l'établissement il n'y avait qu'à tirer au sort de quel côté seraient les femmes et de quel côté les hommes, qu'à tirer également au sort les quartiers à affecter au diverses catégories d'aliénés, tous les douze étant pareils.

Eh bien! il est à souhaiter que de pareilles fautes soient évitées dans le nouvel établissement. Un asile d'aliénés proprement dit comprend de toute nécessité six sections différentes. Ces six sections se rangent naturellement en deux groupes que différencie ce fait capital de la présence ou non d'un premier étage. En effet, les habitations de jour et de nuit des agités et des malpropres doivent être situées au rez-de-chaussée avec, bien entendu, toutes les dispositions requises pour éviter l'humidité; de plus toutes les pièces doivent être de plain-pied. Pour se convaincre de cette nécessité, il suffirait d'assister un soir au coucher de ces malades à Ville-Evrard. Beaucoup d'agités refusent énergiquement de monter à l'étage, il faut lutter et les contraindre à gravir l'escalier de force. Avec les gâteux la scène change : nombreux parmi ces infortunés sont les impotents incapables de lever la jambe; ceux-là, il faut les porter à dos d'homme et, comme ils sortent de table, cette opération, par les secousses qu'elle détermine, a souvent pour effet d'amener l'ouverture des sphincters de leur vessie et de leur rectum; porteurs et parquets sont maculés ou arrosés quand ils ne le sont pas l'un et l'autre à la fois.

Si les quartiers des agités et des gâteux offrent ce caractère commun de n'être constitué que par un rez-de-chaussée et quelques autres que nous signalerons plus loin, ils diffèrent sensiblement à d'autres égards au point que leur destination spéciale saute aux yeux de qui les visite. Nous commencerons par les premiers.

Les particularités qui font d'une division une section d'agités portent tout à la fois sur les dimensions des éléments communs que nous avons étudiés précédemment et sur l'adjonction de certains éléments spéciaux. Ceux-ci sont au nombre de deux : une annexe cellulaire et une salle de bains.

La question de l'annexe cellulaire, malgré son importance de premier ordre, ne nous arrêtera pas très longtemps, car elle se trouve traitée avec une haute compétence et tous les développements nécessaires dans la première partie du rapport de M. Bourneville, De nos jours, la cellule n'est le plus souvent qu'une habitation de nuit, et dans ces conditions elle rend des services si précieux qu'à mon avis on n'en saurait trop avoir. L'isolement nocturne est, en effet, un bienfait pour l'agité qui, ainsi, n'est pas troublé par ses voisins qu'à son tour il ne trouble pas. Mais, par contre, je la condamne absolument

comme habitation diurne. Voilà pourquoi j'estime qu'il doit être possible de faire dormir dans des cellules ou des chambres d'isolement un agité sur deux et qu'en conséquence l'annexe cellulaire doit correspondre *à la moitié de la population du quartier.*

Pour les dispositions et l'organisation de cette annexe, je renvoie au rapport du Dr Bourneville dont je partage les idées sauf sur deux points de détail. Mon éminent confrère place l'annexe cellulaire à proximité du quartier des agités, mieux vaut qu'il y soit contigu, étant donné surtout que nous condamnons d'une manière générale la cellule comme habitation de jour; il convient dès lors que les malades puissent s'y rendre le soir et en revenir le matin sans avoir à sortir. Ensuite pour la salle de bains, M. Bourneville indique 3 baignoires pour une population générale de 700 femmes aliénées. C'est, je le crains, insuffisant; j'estime que pour bien assurer le service des bains dans une section d'agités il faut au moins 1 baignoire par 8 malades; différemment on sera contraint d'en amener chaque jour un certain nombre aux bains généraux, ainsi que cela se pratique à Ville-Evrard. Or, il en résulte les plus graves inconvénients, l'agité ne doit pas avoir à sortir de sa section.

Ce quartier comporte en outre quelques particularités dignes d'être signalées en ce qui concerne les éléments communs précédemment établis et que nous allons successivement passer en revue; tous, sauf l'office et les cabinets d'aisance présentant des modifications ou des cubages spéciaux. L'*entrée*, avons-nous déjà indiqué, sera de plain-pied; le *vestibule* sera dépourvu d'escalier puisque la section ne sera qu'un rez-de-chaussée; il conviendra dès lors de prendre certaines dispositions pour masquer la vue du cabinet du soir que nous avons placé sous celui-ci. Ce vestibule donnera accès, comme dans les autres sections, d'un côté à la salle de réunion et de l'autre au réfectoire et c'est à la suite de ces deux pièces que seront placés à chaque extrémité les *dortoirs* qui se trouveront ainsi très éloignés les uns des autres, disposition excellente à mon avis pour mieux assurer le repos de la nuit. Ainsi une moitié de la population couchera en des chambres d'isolement ou cellules et l'autre moitié en commun, et cette deuxième moitié sera elle-même partagée en deux, l'une à un bout de la section et l'autre à l'autre bout, et encore, le dortoir de chacune

de ces extrémités sera lui-même divisé par des chambres de gardiens en sections de 10 lits au maximum. En adoptant cette disposition fragmentée on entravera le plus possible la propagation de l'agitation nocturne par excitation réciproque et on diminuera dans de grandes proportions les chances d'insomnie. Les agités n'ont pas besoin, la nuit, d'un cubage d'air plus élevé que les tranquilles, car comme eux ils jouissent d'une bonne santé et ne salissent pas, ceux qui salissent devront être mis dans des chambres d'isolement, mais l'espace entre les lits sera supérieur, *un mètre* au minimum est nécessaire entre les lits, à cause de l'agitation des sujets.

La *literie* n'offrira rien de spécial et des *objets de toilette* seront mis à la disposition de tous ceux qui en voudront, et ils seront plus nombreux qu'on ne croit. Ceux qui se négligent seront appropriés par les gardiens qui les laveront dans le *lavabo*.

Le *préau* d'une section d'agités doit être bien plus vaste que tout autre, par suite des allées et venues de ces malades, de leurs grands mouvements et de leurs gesticulations continues. La superficie sera calculée à raison de 35 *mètres carrés par aliéné au minimum*. La *galerie couverte* sera aussi plus large qu'aux tranquilles, elle mesurera 5 *mètres de largeur* et s'étendra tout le long du bâtiment d'un bout à l'autre, ce qui permettra aux malades de s'y tenir malgré leur excitation les jours de mauvais temps. Au *réfectoire*, il convient de donner par agité 2 *mètres carrés et un cubage de* 6 *mètres*. Ici, les tables et la vaisselle sont spéciales. Celles-là fixées sur des pieds en fer scellés eux-mêmes dans le plancher seront disposées tout autour de la pièce et les malades ne seront placés pour manger que d'un côté, celui correspondant aux murs. Avec des agités, cette mesure de précaution est bonne pour empêcher les discussions avec les vis-à-vis, pour assurer le service au milieu de cette population turbulente et en même temps pour obliger les sujets à rester à table, mis qu'ils seront dans l'impossibilité de sortir facilement. Les bancs seront également fixes. Les couverts et les verres seront en fer-blanc étamé, tout à la fois solides pour n'être pas brisés et légers pour n'être pas une arme; la viande sera servie coupée, car les couteaux seront interdits ainsi que les fourchettes. L'espace accordé à chaque malade sera de 80 *centimètres au moins*. La *salle de réunion* aura une étendue triple du réfectoire, en con-

séquence chaque agité doit avoir là à sa disposition 6 *mètres carrés et* 18 *mètres cubes*, avec seulement autour des bancs fixés. Une autre pièce à laquelle il convient de donner, pour une population identique, un développement plus considérable qu'aux tranquilles, c'est le *parloir*, car si la presque totalité de ceux-ci sortent avec leurs parents, il n'en est plus de même des agités qui sont forcés de recevoir là leur famille et qui, pour évoluer, ont besoin de plus d'espace. Il serait prudent que la superficie de la pièce par rapport à la population du quartier fût de 1 *mètre carré* par malade ; ces dimensions suffiraient, car tous ne sont pas visités le même jour. En outre il est indispensable que les meubles, bancs et tables tiennent au parquet.

Beaucoup d'agités salissent énormément leur linge. En conséquence, la *lingerie* et la *décharge du quartier* auront là une certaine importance, plus que dans les divisions de tranquilles, c'est pourquoi celle-ci aura une superficie de 24 *mètres carrés* environ et celle-là une de 16 mètres carrés. Enfin, là, il est nécessaire que la *fontaine* soit solidement fermée.

Mais il ne suffit pas de savoir de quels éléments se compose un quartier, ni même quelles sont les dimensions par aliéné qu'il convient d'attribuer à chacun d'eux, il est indispensable de connaître dans quelles limites variera sa population. A cet égard il est bon de déclarer que la façon dont se répartit un nombre donné d'aliénés, — nous n'avons à nous occuper ici ni des épileptiques, ni des alcooliques, — varie d'après le milieu qui le fournit, le sexe auquel il appartient et les conditions hygiéniques de l'asile qui l'hospitalise. Dès lors, puisque nous sommes dans la Seine et qu'il s'agit d'un établissement à construire pour les aliénés de ce département, nous prendrons pour terme de comparaison et fixer la population des quartiers spéciaux les moyennes des deux services actuels d'indigents de Ville-Evrard, mon collègue, le Dr Febvré, ayant eu l'obligeance de me communiquer celles de sa section de femmes. Eh bien ! en ce qui concerne les agités, tandis que le sexe masculin fournit une proportion d'environ 13 p. 100 (52 agités sur 395 vésaniqnes), le sexe féminin en fournit une de près de 18 p. 100 (85 agitées sur 446 vésaniques). Enfin, nous finirons avec cette section en disant qu'elle sera placée au point le plus éloigné ; elle doit être la dernière sur la ligne des quartiers afin que les autres malades soient le moins possible incommo-

dés par les cris et les vociférations dont elle ne cesse guère de retentir.

Après les agités, nous nous occuperons des *gâteux* ou *malpropres* qui sont avec ceux-ci les deux variétés d'aliénés dont les habitations, tant de nuit que de jour, doivent être situées au rez-de-chaussée et de plain-pied. Si tout à l'heure c'était l'agitation des habitants de la section qui justifiait certaines dispositions spéciales, maintenant ce sera la malpropreté qui les commandera. Or, ces deux causes très dissemblables ont pour effet d'entraîner certaines dispositions absolument identiques. Déjà nous savons que les deux quartiers n'ont pas d'étage et sont de plain-pied, là c'était parce que les agités opposaient souvent une résistance désespérée à gravir les marches, ici ce sera à cause de la faiblesse des jambes. L'*entrée* et le *vestibule* seront aux gâteux ce qu'ils sont aux agités; les *dortoirs* seront disposés de la même manière. Les précautions prises contre le bruit peuvent être utilisées contre la mauvaise odeur, seulement le cubage des salles de nuit sera très supérieur; il doit être *au minimum de* 35 *mètres cubes* par malpropre; la distance de 1 *mètre* entre les lits sera la même que pour le quartier précédent, afin d'aérer le plus possible en éloignant les sources d'infection.

La *literie* des gâteux diffère, elle, du tout au tout de celle des agités, et elle constitue un des problèmes les plus ardus de l'assistance des aliénés. Le grand rapport de l'inspection générale, sans se prononcer sur le meilleur mode de couchage, en énumère cinq. En outre, ces temps derniers, M. le Dr Lhospital (de Clermont-Ferrand) a préconisé la fibre de coco pour le couchage des malpropres; on en remplit une caisse et on étend dessus le malade. A Ville-Evrard, le coucher des gâteux est le système n° 3 de l'Inspection générale, avec cette variante que le lit a ses parois latérales constituées par des barres de fer légères qui sont mobiles, ce qui permet de les abaisser pour coucher le sujet, puis de les relever pour l'empêcher de tomber durant la nuit. *Je n'ai pas d'escarre dans mon service avec ce système*, mais aux trois conditions suivantes : 1° il n'y a pas de chaise percée dans le quartier; cette condition est à mon avis d'une importance capitale; on place les malades sur ces chaises et on les y laisse pour n'avoir pas à les nettoyer et c'est ainsi qu'ils s'entament. Le gâteux doit être libre de faire dans son pantalon comme bon lui semble, seulement, et nous pas-

sons au 2°, tout malade qui s'est mouillé ou maculé doit être immédiatement changé et lavé; enfin, 3° le matelas du milieu doit être rigoureusement enlevé tous les matins et la paille jetée.

Je le répète, en procédant ainsi, je n'ai jamais d'escarre dans mon service, même chez des paralytiques alités plus d'un an, seulement ces précautions exigent un personnel dévoué et en outre une consommation considérable de linge. Aussi est-il indispensable d'avoir aux gâteux une *lingerie* et une *décharge* encore plus importantes qu'aux agités. La première aura une superficie minimum de 20 mètres carrés et la seconde de 25. Néanmoins il est de toute rigueur que le linge sale soit enlevé du quartier *tous les matins;* cette mesure doit s'appliquer sans exception à toutes les sections, mais elle est plus indispensable encore aux malpropres que partout ailleurs.

D'ordinaire, les gâteux ne prennent aucun soin de propreté; il faut les laver et les habiller comme des enfants; cependant il en est quelques-uns chez lesquels l'affaiblissement physique déterminant le relâchement des sphincters a marché plus vite que l'affaiblissement psychique; au milieu de leur gâtisme ils conservent encore quelques instincts de propreté. Pour cela il serait bon qu'un ou deux des petits dortoirs fussent munis de *lavabos* et des *objets de toilette* mis à la disposition de ces infortunés tant que brillera en eux cette dernière lueur.

Pour les *cabinets et les urinoirs de jour et de nuit*, nous répéterons ce que nous venons de dire à propos des lavabos. En mettre dans la section réservée à ceux qui lâchent tout dans leur pantalon semble une inutilité, mais il y a gâteux et gâteux comme il y a fagot et fagot; tel, qui salit la nuit, ne salit pas le jour, et tel qui lâche sous lui ses urines, commandera encore à son sphincter anal; enfin, il en est d'autres qui sont des irréguliers, malpropres un jour et propres un autre. Donc, il faut des cabinets et des urinoirs de jour et de nuit aux malpropres comme ailleurs, seulement on peut en réduire considérablement le nombre et ne pas en mettre dans tous les petits dortoirs. Un seul cabinet et deux urinoirs suffiront largement avec une population de 50 sujets et un cabinet dans deux dortoirs seulement sur les cinq que comporte ce chiffre de malades.

Sans être aussi vaste que le *préau* des agités, celui des malpropres sera plus grand qu'aux tranquilles. Ces malades, en

effet, ne sortent guère et salissent beaucoup, double raison de leur fournir plus d'espace qu'à ceux qui circulent au dehors et ne dégagent pas de mauvaise odeur. La superficie de la cour aura donc une *trentaine de mètres carrés* par gâteux.

Le *réfectoire* sera identique à celui des agités ainsi que la *vaisselle* et l'espace à accorder à table à chaque individu; la malpropreté et l'inconscience justifiant ici les mêmes mesures que l'agitation. Seulement loin d'être fixées les *tables* seront mobiles, car c'est surtout aux gâteux qu'il est utile de faire prendre les repas au grand air sous la galerie couverte ou à l'ombre des grands arbres du préau toutes les fois que le temps le permet. Quant à la *salle de réunion et au parloir*, ils auront les mêmes développements que dans la section précédente avec cette différence encore que les bancs fixes seront remplacés par des fauteuils mobiles facilement portatifs comme les tables pour être, eux aussi, placés le plus souvent possible sous la galerie couverte et dans le jardin de la section; chaque gâteux devrait avoir le sien; ces aliénés toujours affaiblis se tiennent mal sur les bancs; ils ont besoin d'appuyer leurs bras, mais à la condition formelle que ces fauteuils ne seront pas percés.

Chez ces malades, comme ailleurs, sauf dans le vestibule et l'office, tous les parquets seront en chêne ciré. Le carrelage des pièces demandé par certains, comme plus facile à tenir propre, est à repousser à cause de l'humidité. *La galerie couverte* aura la même largeur que celle de la précédente section, et la *fontaine* sera soigneusement fermée à cause de l'inconscience des habitants du quartier.

Telles sont les principales particularités à signaler relativement aux éléments communs à toutes les divisions en ce qui concerne celle destinée aux malpropres. Mais cette section se distingue des centres par des éléments spéciaux. Elle a une pièce exclusive à elle, qui la désigne comme l'habitation de ce groupe d'aliénés, la chambre de lavage, ressource contre la malpropreté.

Cette chambre de lavage comprendra deux parties : un déshabilloir où le gâteux sera dépouillé de ses vêtements sales et qui seront immédiatement emportés à la décharge et la salle de lavage proprement dite où il sera conduit nu. La disposition doit être telle que le malade soit rapidement lavé malgré lui. A Ville-Évrard, rien n'a été prévu pour ces soins spéciaux.

La pièce de lavage dont le parquet à claire-voie laissera

s'écouler l'eau sera munie d'un jet mitigé et mobile de telle sorte qu'elle atteigne partout où il se réfugiera le gâteux qui sera poussé nu du déshabilloir dans ce local. Les deux pièces seront chauffées et le déshabilloir pourvu d'un chauffe-linge. Enfin il sera utile d'annexer à celle-ci une petite salle de bains de deux ou trois baignoires pour une population de cinquante malades, un certain nombre d'entre eux étant trop faibles pour se rendre aux bains généraux.

Un autre élément spécial à la section des malpropres permettant immédiatement de la reconnaître est la disposition en véranda, pour les grabataires, d'un des dortoirs, afin qu'ils ne soient pas toujours privés de la vue de la campagne et du soleil. A Ville-Évrard j'ai obtenu de vitrer une partie de la galerie couverte; mais j'ai dû sacrifier ainsi une moitié de cette galerie. Dans le nouvel asile il conviendrait qu'un des dortoirs de dix lits fût disposé de façon à permettre aux pauvres alités de voir le ciel et les champs.

Quant à l'emplacement, il sera très éloigné, les mauvaises odeurs comme les cris devant être relégués le plus loin possible. Et quant à la proportion de malpropres par rapport au chiffre total de la population; elle est comme il suit à Ville-Évrard en ce moment : aux hommes de 13 p. 100 (52 sur 395); aux femmes de 16,5 p. 100 (77 sur 466).

Nous avons fini avec les deux quartiers constituant le premier groupe, le groupe des quartiers à rez-de-chaussée, nous allons aborder maintenant l'examen du second groupe, le groupe des quartiers à un étage, plus nombreux puisqu'il comprend l'infirmerie, l'observation, les tranquilles, les semi-tranquilles ou semi-agités. Nous commencerons leur étude par celle de l'infirmerie, la plus spéciale de ces quatre sections.

Il importe de déclarer tout de suite que l'infirmerie comporte tout comme les autres quartiers les éléments communs au complet qui ont fourni l'objet de notre premier mémoire, car elle n'hospitalise pas seulement les aliénés atteints de maladies incidentes tandis qu'ils sont contraints de garder le lit, mais encore durant leur convalescence et aussi ceux dont l'état de faiblesse sans exiger un repos absolu nécessite néanmoins des soins particuliers.

Des quatre quartiers à un étage, l'infirmerie est le seul dont l'*entrée* doit être forcément de plain-pied et le seul qui peut et doit même avoir un dortoir au rez-de-chaussée. Ces deux dis-

positions sont imposées par l'état maladif des gens qui y sont conduits, le plus souvent couchés sur un brancard et auxquels il ne serait pas prudent de faire gravir des marches d'entrée ou d'escalier. Bien que le quartier soit muni d'un ascenseur ainsi que nous le dirons plus loin, un dortoir en bas s'impose pour des cas médicaux ou chirurgicaux où l'immobilité la plus grande est de rigueur. L'inconvénient que nous avons signalé précédemment quand nous nous sommes inscrit contre les dortoirs au rez-de-chaussée dans les quartiers à un étage, perd à l'infirmerie presque toute son importance. En effet là un tiers environ de l'effectif du quartier garde le lit et par conséquent n'occupe pas les habitations de jour, il s'ensuit que la superficie du réfectoire et du chauffoir peut être réduite d'un tiers de la population totale.

Le *vestibule*, comme dans les autres quartiers à un étage, aura l'escalier au fond et en face de l'entrée; d'un côté il donnera accès à la salle à manger à la suite de laquelle sera placée la salle de réunion; de l'autre côté se trouvera le dortoir du rez-de-chaussée. C'est en avant de ce dortoir, communiquant directement avec le vestibule. qu'il conviendrait de placer le *parloir* de la section, qui serait aussi en communication avec celui-ci. Une superficie de 30 mètres carrés suffirait à ce parloir pour une population de cinquante malades dont un tiers sera alité. Pour cette dernière raison encore on pourra se contenter de 4 mètres de largeur pour la *galerie couverte*. Le *préau*, moins vaste sans doute que celui des agités, le sera autant que celui des gâteux; il sera donc de *trente mètres carrés* par malade levé, et par conséquent son étendue correspondra aux deux tiers seulement de la population totale. Le *réfectoire* et la *salle de réunion* seront calculés également par rapport aux seuls aliénés levés; il conviendrait de donner à ces deux pièces, à la salle de réunion surtout, les dimensions que nous avons indiquées pour les agités et les gâteux; les malades de l'infirmerie, tous affaiblis, ont besoin d'une grande quantité d'air pur. L'*office* sera muni d'un réchaud, indispensable dans ce quartier pour chauffer les tisanes et les potions; ce réchaud n'est utile que là et encore aux malpropres, partout ailleurs il doit être sévèrement proscrit pour les raisons que j'ai déjà fournies dans mon précédent mémoire.

La *lingerie* et la *décharge* auront ici les mêmes développements qu'aux malpropres. Il importe que cette section soit abondam-

ment pourvue de linge de toute nature et que le dépôt des pièces souillées soit largement aéré, précautions hygiéniques sur lesquelles il est inutile d'insister. Le cubage d'air des *dortoirs* sera d'au moins 35 mètres par individu, quantité égale à celle des gâteux. Il est bon d'avoir à l'infirmerie deux matelas et un édredon; un seul matelas est insuffisant quand nuit et jour il supporte et cela parfois durant des semaines le poids du corps; l'édredon aura son utilité par les grands froids pour ces malades affaiblis et frileux. Jadis il était d'usage de munir les lits de rideaux blancs, coquets et gracieux, qui permettaient en outre de soustraire les agonisants à la vue de leurs voisins. Ils sont condamnés aujourd'hui comme nids à microbes. Pour isoler le moribond, dans quelques établissements on entoure le lit d'un immense paravent; malheureusement la plupart des malades connaissent fort bien sa signification et en sont très péniblement impressionnés. Il convient donc de ne se servir de ce cache-agonie qu'avec précaution et discernement. Dans les dortoirs de l'infirmerie la distance entre les lits devrait être d'un mètre. Sauf la *fontaine* de la cour qui sera soigneusement fermée, pour empêcher les aliénés relevant de maladie de se mouiller ou de boire inconsidérément de l'eau, les autres éléments communs ne présentent rien de spécial à relever.

Mais il est un certain nombre d'éléments spéciaux qui, dans un asile bien organisé, permettent de reconnaître immédiatement l'infirmerie en dehors même du dortoir du rez-de-chaussée. Ce quartier est, en effet, le seul où au premier étage on trouve des chambres d'isolement, chambres d'isolement qui n'ont rien de commun avec les cellules d'isolement des agités mais qui sont de vraies chambres de malades. Il n'y aura donc au premier étage qu'un seul dortoir d'un côté, l'autre étant réservé tout entier à ces chambres. Elles mesureront un cubage d'air d'au moins 40 mètres et ne recevront jamais qu'*un* seul malade. Elles auront pour mobilier un lit complet avec deux matelas comme tous ceux de la section, une descente de lit, une table de nuit, une petite table pour recevoir les potions et les tisanes et sur laquelle le malade pourra prendre ses repas quand, trop faible encore pour descendre, il sera néanmoins en état de se lever, un fauteuil confortable et une cuvette fixe en faïence avec un robinet d'alimentation fermant à clef, précaution nécessaire. Ces chambres seront destinées à recevoir les aliénés atteints d'affections incidentes graves, quoique non

contagieuses, susceptibles d'entraîner la mort. Leur nombre à Ville-Évrard est de 7 pour une population de cinquante malades; deux sont à un lit qui mesurent un cubage de 45 mètres, plus que suffisant, Ces deux chambres sont une des meilleures installations de l'asile. Les cinq chambres à deux lits n'ont qu'un cubage de 51 mètres, très insuffisant.

Pour une population de cinquante malades, huit chambres individuelles suffiraient, soit environ la proportion d'une pour six aliénés, plus une chambre de gardien et un petit laboratoire où se feraient les analyses chimiques de la clinique courante et où seraient déposés les appareils du service ainsi que les médicaments dangereux.

Une infirmerie comporte en outre une petite salle de bains de deux baignoires, une salle d'opération, et aussi un ascenseur pour monter du rez-de-chaussée au premier étage les malades trop faibles pour gravir l'escalier. Enfin une annexe indispensable de cette section est un pavillon de contagieux placé le plus loin possible de toute agglomération. Cette annexe, d'une importance capitale, aurait nécessité de très longs développements, si M. Bourneville ne s'était acquitté de ce soin dans la première partie de son rapport avec une haute compétence. Notre éminent confrère a traité la question avec toute l'ampleur qu'elle demandait et a rapporté de nombreux spécimens de pavillons de contagieux. A mon avis le meilleur de tous est sans conteste celui qu'il a fait construire dans son service de Bicêtre de concert avec M. Gallois, architecte, et M. Imard, inspecteur général; il est très simple, pas très coûteux et remarquablement bien aménagé. Je m'en rapporterai donc entièrement sur ce point au travail de M. Bourneville, auquel je renvoie le lecteur.

On est assez divisé, dans la spécialité, sur l'emplacement qui convient le mieux à l'infirmerie. Dans tous les asiles que j'ai visités elle était double, il en est ainsi à Ville-Évrard où il n'y a pas de pavillon de contagieux. A Villejuif les deux infirmeries réunies, sont placées sur la ligne centrale de l'asile et font en quelque sorte partie des services généraux. C'est ce dernier système que propose M. Bourneville.

Il va même plus loin; pour lui les deux *infirmeries réunies*, les deux *quartiers des agités* placés en avant, le *pavillon des maladies infectieuses* placé en arrière, ceux-là et celui-ci à une distance suffisante pour éviter le bruit des agités et la contami-

nation des infectieux constitueraient en quelque sorte l'*hôpital de l'asile*, c'est-à-dire le centre principal de l'action médicale.

Je ne vois pas bien comment on réunirait deux sections dont l'emplacement est réglé par des lois contraires; en principe le quartier des agités doit être le plus éloigné à cause du bruit fait par ces malades et celui de l'infirmerie doit être le plus central afin d'égaliser dans la limite du possible les distances à parcourir pour s'y rendre des diverses divisions.

L'idée de réunir les deux infirmeries a moins d'inconvénient, elle a même cet avantage que cette réunion permettrait d'avoir un établissement hospitalier qui serait comme l'*hospice de l'asile*.

Cependant tout compte fait, je me demande si les avantages de leur réunion en compensent les inconvénients. M. Bourneville croit que ce voisinage permettra aux médecins, aux surveillants et surveillantes de se consulter et de s'aider facilement; le voisinage est une arme à deux tranchants, dont le plus aiguisé n'est pas toujours le meilleur, il permet aussi, le plus souvent, de se disputer et de se jalouser. En ce qui concerne les appareils, l'expérience m'a démontré que dans les services mixtes, il est bon que chacun ait les siens, du moins en ce qui concerne ceux d'un usage un peu courant; ne sauraient être communs que les appareils d'un emploi exceptionnel. Le seul avantage sérieux et indéniable que présenterait la réunion des infirmeries, serait de faciliter le service de l'interne de garde qui pourrait avoir là une salle spéciale, confortablement aménagée à sa disposition. Néanmoins, je ne cacherai pas que mes préférences sont pour les infirmeries séparées, d'autant plus qu'il est prudent, je crois, de ne pas trop rapprocher le personnel féminin du masculin; fatalement, ils arrivent à trop s'aimer ou à trop se détester; en matière de sexe, compter sur l'indifférence est une chimère.

Mais je suis, au contraire, un partisan convaincu de la réunion sur un même point des pavillons de contagieux, car il est indispensable de n'avoir qu'un seul foyer d'infection. M. Bourneville dit que la solution de l'emplacement double ou unique est liée à celle de la question de l'infirmerie. Pour ma part, je ne vois pas du tout de relation nécessaire entre les deux choses. La dualité des infirmeries est parfaitement compatible avec l'unité des pavillons de contagieux; s'il en était différemment, il faudrait vite réunir les infirmeries, car, je le répète, il est de

toute nécessité, de mettre ceux-ci sur un point unique. Mais puisque les infirmeries doivent être centrales, et le pavillon de contagieux, au contraire, porté au loin dans la campagne, leur réunion est parfaitement réalisable malgré la dualité des premières.

La population des infirmeries est très variable et cela pour un même établissement. En ce moment, à Ville-Évrard, elle est aux hommes de 6 p. 100 (24 sur 395), et aux femmes de 8 p. 100 (38 sur 466).

Parmi les quartiers à un étage, après l'infirmerie, la section des tranquilles appelle notre examen. Cette section a ceci de particulier qu'elle est munie de lavabos au rez-de-chaussée, bien que celui-ci ne contienne que des habitations de jour. Ces lavabos sont indispensables pour permettre un brin de toilette aux aliénés, qui tous, dans cette catégorie, sont occupés au dehors à des travaux plus ou moins propres. En rentrant du travail, ces malades doivent pouvoir se laver les mains et s'approprier un peu avant de se mettre à table. Comme ce sont tous des gens valides, occupés pour la plupart au grand air, les pièces qu'ils habitent ne nécessitent pas les cubages élevés, et la superficie étendue des trois quartiers précédents. Par malade, un mètre carré suffit au *réfectoire* et 60 centimètres de table; à la *salle de réunion*, 3 mètres carrés sont largement suffisants, de même que 16 mètres carrés pour la *décharge* et 9 pour la *lingerie*. La largeur de la *galerie couverte* peut être de 4 mètres et le *préau* n'aura par malade qu'une superficie de 25 mètres carrés. L'*entrée*, l'*escalier*, le *vestibule*, la *clôture*, le *parloir*, l'*office*, les *cabinets*, n'offrent rien de spécial et seront tels que nous les avons décrits dans notre précédent travail. Pour les *dortoirs* 25 mètres cubes par individu seront suffisants avec un intervalle de 80 centimètres entre les lits et la *fontaine de la cour* pourra n'être pas fermée à clef. Ce quartier en réalité n'a de spécial que ses lavabos au rez-de-chaussée.

Pour avoir dans un asile la proportion des tranquilles, il faut faire la somme des populations des cinq autres quartiers spéciaux, la différence entre ce total et celui de la population générale hospitalisée la fournit. L'emplacement nous arrêtera un peu plus longtemps. Si l'asile est un asile-caserne clôturé du genre de ceux actuellement existants, il est de toute nécessité que le quartier des tranquilles soit indépendant de l'asile fermé et situé en pleine campagne afin que là au moins les malades

aient l'illusion de la vie libre. Ils pourront tenter ainsi une première épreuve d'une liberté au moins relative avant de quitter définitivement la maison. Dans le principe, il n'en était pas ainsi à Ville-Evrard, un des six quartiers de l'établissement était affecté à cette catégorie d'aliénés. En 1880, on eut l'excellente idée de les en détacher et de construire pour eux une section en dehors de l'asile munie d'ateliers et dite section des travailleurs, malheureusement on la mit assez mal à exécution et il est indispensable que sur ce point encore Ville-Evrard ne serve pas de modèle pour le nouvel asile. En effet, on a eu l'idée impardonnable de construire deux quartiers de 150 malades chacun! et de réaliser ainsi l'idéal de la caserne au point que quand on passe devant Pinel et Esquirol on est surpris de ne pas voir un factionnaire à la porte et de ne pas entendre résonner le clairon à l'intérieur! Si encore cet intérieur avait été convenablement aménagé, mais non, car ces immenses sections n'ont pas de salle de réunion, tous les lavabos sont au rez-de-chaussée, il n'y en a pas dans les dortoirs, les cabinets et les urinoirs sont situés au point le plus éloigné de la cour et échappent complètement à la surveillance, il n'y a ni décharge, ni lingerie, les chambres d'infirmiers sont au fond des dortoirs dont toutes les portes s'ouvrent en dedans, que sais-je encore! le préau est disposé de telle sorte que quand le gardien est d'un côté il lui est impossible de voir ce qui se passe de l'autre côté. Bref, l'intérieur est aussi défectueux que l'extérieur, mais l'ensemble est d'un aspect monumental, on dirait une citadelle.

Quelques mots suffiront à caractériser le quartier des *semi-tranquilles* ou *semi-agités :* sauf en moins les lavabos du rez-de-chaussée, cette section comporte les mêmes dispositions que celles des tranquilles. Les malades qui l'habitent, en effet, sont dans un état intermédiaire qui ne comporte rien de spécial. L'emplacement de ce quartier est à côté de celui des agités avec lequel il a de fréquentes occasions d'échanger des sujets selon les dispositions plus ou moins exaltées dans lesquelles ils se trouvent. Sa population à Ville-Evrard représente en ce moment pour les hommes la proportion par rapport au chiffre total des vésaniques de 10 p. 100 (40 sur 395) et pour les femmes de 11,8 p. 100 (55 sur 466).

Reste le quartier d'observation. Et tout d'abord quels sont les malades à y mettre? Ils appartiennent à trois groupes diffé-

rents et offrent tous néanmoins ce caractère commun d'être des tranquilles. Le quartier d'observation est destiné à recevoir les arrivants paisibles, et en bonne santé, ceux dont les dispositions psychiques peuvent prêter à contestation. Un second groupe de ce quartier d'observation sera constitué par les malades qui demandent une surveillance spéciale parce que, sous des apparences calmes, ils cachent des instincts pervers, le désir bien arrêté de s'évader ou des intentions criminelles. A Ville-Evrard où nous n'avons pas de quartier d'observation, je suis obligé de placer ces deux catégories d'aliénés aux semi-tranquilles où ils ne sont pas à leur place. Enfin le quartier d'observation recevra aussi les suicidiques.

Dans beaucoup d'établissements les aliénés à idées de suicide sont hospitalisés à l'infirmerie ; il en est ainsi à Ville-Evrard où il n'y a pas de quartier d'observation, comme nous venons de le dire et partout où existe cette lacune on devrait agir ainsi. Mais quand ce quartier existe je suis d'avis que là est la place de ces malades. En effet ils nécessitent une surveillance absolument continue de même que les aliénés atteints de maladies incidentes réclament des soins de tous les instants; il est bien difficile au personnel de faire face à la fois aux besoins des uns et des autres. Je trouve qu'à l'infirmerie les suicidiques absorbent trop les gardiens qui pour eux sont d'autant plus portés à négliger les malades alités que la responsabilité est plus lourde et plus directement engagée vis-à-vis de ceux-là que vis-à-vis de ceux-ci.

Dans le quartier d'observation il n'y aura que des dortoirs et au premier étage. Je ne saurais trop m'élever contre la coutume de certains collègues de mettre en chambre d'isolement les suicidiques. Que ces confrères dressent une statistique des morts volontaires survenues dans les asiles et ils constateront que ce grave accident s'est produit dans une chambre d'isolement deux fois environ sur trois. Jamais, ni jour, ni nuit, un aliéné qui attente à ses jours ne doit être laissé seul ; c'est pourquoi il est indispensable qu'il couche en commun au milieu d'autres malades qui n'ont pas comme lui le dégoût de la vie et qui pourront à l'occasion soit l'arrêter dans une tentative, soit donner l'éveil aux gardiens. Ils doivent donc être disséminés au milieu des autres aliénés du quartier dans les dortoirs. Le seul suicide que j'ai à regretter depuis sept ans que je dirige le service des hommes à Ville-Evrard s'est produit

dans une chambre d'isolement où le malade avait été placé parce que j'ignorais absolument qu'il voulait se détruire.

C'est la présence des suicidiques dans le quartier d'observation qui lui donne son cachet, si on peut ainsi dire car, là, tout doit être combiné en vue d'enlever à ces malades toute facilité d'exécuter leurs sinistres projets. Les dispositions générales sauf les lavabos du rez-de-chaussée et la fermeture de la borne-fontaine seront absolument les mêmes qu'aux tranquilles, seulement au réfectoire la vaisselle sera celle des agités et des gâteux, sans fourchettes ni couteaux. La strangulation et la pendaison sont les deux genres de mort volontaire auxquels ont recours les aliénés, privés qu'ils sont de tout autre moyen. En conséquence, on ne laissera à leur disposition ni longue cravate, ni couteau, ni ceinture, ni bretelle et dans la disposition des locaux on évitera toute saillie susceptible de servir de point d'attache ou de support. Sans renoncer à clôturer la division par une grille, il conviendra de la choisir telle qu'elle ne se prête à aucune tentative de pendaison ou de strangulation. Enfin, les lits des dortoirs où couchent ces malades sont pleins dans certains établissements, et c'est là peut-être une bonne précaution; sans doute ils sont plus difficiles à tenir propres et demandent plus de soin, mais ils ont cet avantage de ne permettre le passage d'aucun lien.

Le nombre des aliénés à idées de suicide est bien plus considérable du côté des femmes que du côté des hommes. Ainsi, en ce moment, à Ville-Evrard, la proportion de ces malades pour le sexe masculin est de près de 4. p. 100 (15 sur 395) et pour le sexe féminin de 8 p. 100, le double (40 sur 466). Mais il est à noter que le nombre des dangereux paisibles, nécessitant une surveillance continue, est bien plus considérable du côté des hommes. Je crois donc qu'en comptant pour les deux sexes une proportion de 10 p. 100 au minimum et de 12 p. 100 au maximum, on aura un quartier largement suffisant. Son emplacement sera central, dans le voisinage de l'infirmerie ou en face d'elle.

Un dernier mot. Si nous avons indiqué pour chacun des six quartiers spéciaux le chiffre de la population qu'approximativement ils comportaient soit pour les femmes, soit pour les hommes, nous avons omis d'indiquer le nombre de chambres d'infirmiers à prévoir. Actuellement il est d'usage d'accorder un gardien par 10 malades aux agités, aux gâteux, à l'infirme-

rie et au quartier d'observation ; un par 15 aux semi-agités et un par 20 aux travailleurs. La proportion d'un serviteur par 10 aux gâteux, à l'infirmerie et au quartier d'observation, ainsi que celle d'un par 15 aux semi-agités est très suffisante, c'est donc d'après cela que sera calculé le nombre de chambres à affecter aux gardiens dans ces quatre sections. Celle d'un par 10 aux agités ne l'est en aucune façon pour l'application du non-restraint absolu, système très utile à la guérison de l'aliéné. Pour l'appliquer dans toute sa rigueur et en obtenir tous les bons effets, il faut au minimum un gardien par 5 agités. Enfin il est impossible à un seul serviteur de surveiller efficacement 20 malades dispersés çà et là dans un champ; le maximum à lui confier est de 12. En conséquence, nous estimons qu'à la section des agités le nombre de chambres de gardiens doit être calculé en raison d'un serviteur par 5 malades et aux tranquilles d'un par 12.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE.

IMBÉCILLITÉ PRONONCÉE PROBABLEMENT CONGÉNITALE ; SPASMES MUSCULAIRES ET COPROLALIE;

PAR

BOURNEVILLE, Médecin de la section des enfants de Bicêtre.

ET

J. BOYER, Professeur à l'Institut médico-pédagogique.

SOMMAIRE : *Père, céphalalgies. — Grand'mère paternelle migraineuse. — Grand-oncle et grand'tante paternels atteints de débilité mentale. — Mère, rien de particulier ; modification de la couleur des cheveux à chaque grossesse. — Tante maternelle morte d'un cancer du sein. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de six mois. — Gémellarité.*

Émotion vive au cinquième mois de la grossesse : tremblement, douleurs abdominales pendant huit jours. — Première dent à six mois ; dentition complète à vingt-huit mois ; marche à seize mois. —

Propre à deux ans. — Début de la parole à dix-huit mois. — Jamais de convulsions. — Constatation de l'arriération entre quatre à cinq ans : défaut d'attention, etc. — A sept ans, irritabilité croissante, augmentée encore par les moqueries de ses camarades. — Début des spasmes et des tics à onze ans. — Tendance à se rapprocher des garçons.

Etat de la malade en février 1893.

Traitement médico-pédagogique. — Description des spasmes musculaires, leur variété. — Evolution de la puberté; apparition des règles en mai 1894. — Début de la coprolalie (juin 1894). — Amélioration progressive : disparition des spasmes et de la coprolalie, développement intellectuel progressif. — Amélioration remarquable.

Marie-Louise Th..., née le 16 octobre 1879 dans la Loire, est entrée à l'Institut médico-pédagogique le 11 février 1893.

ANTÉCÉDENTS. (*Renseignements fournis par le père et la mère* le 23 avril 1893.) — *Père* bien portant, quarante-huit ans; assez grand, fort; parfois céphalalgie; pas de maladie de peau; pas de rhumatismes; marié à vingt-sept ans; pas de maladies vénériennes. [*Famille du père. — Père.* Mort d'une fluxion de poitrine à cinquante-sept ans, sobre, pas d'accidents nerveux. — *Mère.* Migraineuse, morte à cinquante-cinq ans de refroidissement; rien à signaler dans la famille du père, sinon un oncle et une tante parternels peu intelligents qui ont servi chez leurs frères et sœur, pas d'enfant.]

Mère, quarante-huit ans, bien portante, pas d'accidents nerveux, physionomie intelligente. A son mariage, nous dit-elle, elle était très blonde, à chaque couche, ses cheveux tombaient en abondance et repoussaient vite et de plus en plus en plus bruns. [*Famille de la mère. — Père.* Mort écrasé par un mur, sobre, très intelligent; pas d'accidents nerveux. — *Mère*, soixante-douze ans, bien portante pas d'accidents nerveux; deux frères : un mort de l'influenza, a un fils en bonne santé; l'autre, bien portant a un fils de même; deux sœurs : une morte d'un *cancer du sein*, très intelligente, pas d'accidents nerveux, pas d'enfants quoique mariée; l'autre sœur céliba taire. Dans la famille de la mère, ils sont tous nerveux, mais ni paralytiques, ni aliénés.]

Pas de consanguinité; inégalité d'âge de six mois.

Six *enfants* et deux fausses couches : 1° et 2° jumeaux (garçon qui mourut à trois mois faute de soins, fille morte à quinze jours; était restée longtemps au passage; nés à sept mois ou sept mois et demi); — 3° et 4° deux fausses couches; — 5° une fille qui a dix-sept ans, pas de convulsions, très intelligente; — 6° une fille qui a quinze ans, boiteuse à la suite d'une chute dans l'escalier, bien portante, intelligente, pas de convulsions; — 7° notre malade; — 8° un garçon qui a neuf ans, bien portant, a perdu un œil par l'éclat d'une capsule, intelligent, pas de convulsions.

Notre malade. — *Conception*, rien de particulier. — *Grossesse*, forte émotion au cinquième mois : on vint annoncer à la mère que son mari était écrasé, elle a tremblé dix minutes, elle a dû s'asseoir, mais elle n'a pas perdu connaissance, fortes douleurs abdominales qui ont duré huit jours. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. — *A la naissance*, belle enfant, pas d'asphyxie, a crié de suite. Elevée au sein par sa mère, sevrée à treize mois, première dent à six mois, dentition complète à vingt-huit mois sans accidents, marche à seize mois (plus tard que ses frères et sœurs), propre à deux ans, début de la parole à dix-huit mois. — *Jamais de convulsions*. — C'est vers quatre ou cinq ans qu'on s'aperçut qu'elle n'était pas comme les autres : « elle répétait souvent la même chose et on ne pouvait pas la fixer ». Mise en pension vers l'âge de sept ans, elle fut l'objet des moqueries de ses compagnes. Elle devint de plus en plus nerveuse, « méchante », désobéissante, paresseuse. C'est vers onze ans que les *spasmes* firent leur apparition; l'enfant prenait à chaque instant un nouveau tic. — Pas de bave, pas de succion, pas de grincement de dents, pas de balancement. Elle aurait eu des vers (oxyures) à différentes reprises; pas de céphalalgie; sommeil bon, pas de cauchemars; pas d'onanisme; tendance à jouer avec les petits garçons. — Rougeole à sept mois, légère scarlatine, coqueluche à un an; pas de bronchite, pas d'ophtalmie, pas d'otite, pas d'adénites, pas d'abcès. — Le père attribue la maladie à la forte émotion de la mère durant la grossesse : « Ça lui vient de naissance, dit-il, elle a toujours laissé à désirer. »

État *de la malade* à son entrée le 11 février 1893 à l'Institut médico-pédagogique. — *a*) *Etat physique*. — Physionomie peu éclairée, les yeux, d'un gris bleu, ne sont pas vifs; les cheveux mal plantés, grossiers, de diverses nuances, laissent le front découvert; les sourcils sont abondants, sans solution de continuité, en ailes de chauves-souris, comme les cheveux blonds et châtains. Le visage est fatigué, vieillot; le front est presque toujours ridé, les sourcils froncés, l'arcade sourcilière est saillante, le nez aquilin très fort, les lèvres toujours closes sont minces, le menton est proéminent. La peau est rude, d'un teint jaunâtre, desquamation.

L'habitude générale du corps ne présente rien de particulier, pas d'asymétrie des membres; les seins ne sont pas saillants, aisselles et pénil glabres. Le buste est épais, les membres inférieurs sont courts.

b) *Etat physiologique*. — Marie-Louise est d'une grande activité, elle court sans cesse, bavarde continuellement en faisant de grands gestes; très irritable; le moindre travail appliqué, la moindre tension de l'esprit l'énervent; elle frappe du pied, elle pousse des cris inarticulés; les mouvements des jointures se produisent normale-

ment. Organes des sens : *vue*, assez bonne, distingue les principales couleurs du spectre, ne confond que les tons neutres; *ouïe*, ne présente rien de particulier, préfère les sons doux et traînants aux sons éclatants et saccadés; *toucher*, assez délicat, aime beaucoup à passer les mains sur tout ce qui est soyeux; *odorat*, normal, *flaire presque tout ce qu'elle mange; goût* légèrement perverti, aime les saveurs fortes, mettrait du sel partout; *parole*, léger défaut de prononciation, *zoli* pour joli; *sose* pour chose. Spasmes fréquents : lorsqu'elle cause, elle parle avec une volubilité extraordinaire; elle s'arrête brusquement par moments pour lancer des éclats de voix qui paraissent la fatiguer. Il semble que ces spasmes se produisent surtout aux mots commençant par une dentale ou une labiale. Il lui arrive même souvent d'intercaler dans ses phrases une expression à elle que l'on pourrait écrire *tout en plein*. Ces trois mots paraissent lui servir à donner plus de force à son idée et à faire plus facilement des éclats de voix, elle les répète jusqu'à trois fois et toujours *crescendo*. C'est d'une voix sourde et fatiguée qu'elle prononce la deuxième partie (en plein). Lorsque ces spasmes se produisent au commencement d'une phrase ou d'un mot quelconque, ils ne sont pas aussi accentués. A chacun de ces spasmes la physionomie change : l'enfant baisse la tête, fronce les sourcils et projette sa tête en avant en faisant éclater sa voix. A table les spasmes se traduisent par des raclements dans le gosier accompagnés de haussements d'épaules et de sourds *aboiements* de gros chien.

Les *fonctions digestives* s'accomplissent régulièrement; selles quotidiennes, tendance à la constipation. — *Respiration*, rien departiculier. — Contrairement aux renseignements fournis par les parents, le sommeil n'est pas toujours tranquille. Il arrive à l'enfant, la nuit, de bavarder sans qu'on puisse comprendre ce qu'elle dit.

c) *Etat psychologique*. — L'intelligence est peu développée. — Marie-Louise ne paraît pas être maîtresse des idées. — Parfois, elle a de véritables idées fixes. Quand elle entend parler d'un accident ou de quelque chose qui l'impressionne, elle y revient à chaque instant, insiste, fait des questions de détail, demande si cela ne pourrait pas lui arriver. Voit-elle une voiture, par exemple, elle veut, dit-elle, se faire écraser et lorsque la voiture passe près d'elle, elle fait un mouvement, aussitôt réprimé, pour se précipiter sous les roues. Elle s'est un jour coupée le doigt en mangeant une pomme; elle demande aussitôt si le sang coulerait bien fort en se faisant au cou la même blessure. On parle d'autre chose, mais Marie-Louise Th... revient à son idée et fait avec le couteau le simulacre de se couper le cou. De peur d'accident on lui retire le couteau.

L'*attention*, bien que possible, est de très courte durée, la réflexion est impossible. — *Jugement* naïf; dans la conversation, coq-

à-l'âne perpétuels; une véritable confusion préside à tous ses raisonnements. — *Mémoire* assez développée, récite sans y rien comprendre de petites fables apprises à la pension.

Ses parents prétendent qu'elle connaît ses lettres, mais nous constatons bientôt qu'elle n'en connaît que les noms par ordre, mais les confond toutes. Connaît imparfaitement les chiffres qu'elle confond souvent encore. A la notion d'unité et de pluralité, ne sait compter que jusqu'à dix.

d) *État instinctif et moral.* — Marie-Louise Th... a l'instinct de la conservation personnelle; peureuse en gymnastique; ordonnée et soigneuse; taquine et pas méchante; n'aime pas être grondée, ou entendre gronder quelqu'un. A la notion de la propriété; très coquette; n'est pas égoïste; assez docile, ne désobéit qu'en parole; très affectueuse; n'a pas la notion du bien et du mal. Volonté active, veut toujours produire quelque chose. Aime la société, surtout celle des petits garçons.

Traitement. — Bain d'un quart d'heure tous les huit jours; douche complète en jet en éventail tous les jours; petite et grande gymnastique, exercice des aiguilles pour la préparer à la couture, travaux scolaires (lecture, écriture, calcul).

1893. *Juillet.* — Les *spasmes* ont diminué, à table surtout ils ne se produisent jamais devant un étranger. M. L. n'aime pas la gymnastique, fait bien cependant le mouvement des échelles jumelles (système Pichery) et de l'échelle convexe; distingue toutes les lettres, lit sans épeler (d'après la méthode Regimbaud) les mots composés de syllabes simples (une consonne, une voyelle). Ecrit les mots qu'elle lit. Imite de petits dessins sur papier quadrillé. Pas de progrès en calcul, pourtant elle commence à compter sans se tromper jusqu'à vingt; ne peut arriver à acquérir la notion du temps, commence néanmoins à faire une différence entre *hier* et *demain*. A la couture, elle travaille au canevas; fait des ourlets irréguliers.

Août. — *Traitement.* — Deux douches par jour, élixir polybromuré d'Yvon. — L'élixir est prescrit pour atténuer les spasmes et les périodes d'irritation. Les progrès continuent en lecture et en écriture; écrit a ses parents des lettres qu'elle sait lire; les spasmes persistent.

Octobre. — Suspension de l'élixir. — Les *spasmes* paraissent avoir pris une nouvelle expression. A tout bout de champ, l'enfant pousse un cri que l'on pourrait écrire « *péan* »; elle appuie surtout sur la première syllabe. — Les progrès continuent en classe au point de vue de la lecture et de l'écriture. Toujours en retard pour le calcul.

Novembre. — Au cri « *péan* » s'est substitué le cri « *hirch* » précédé d'une forte aspiration.

1894. *Janvier.* — L'enfant se développe, elle épaissit, mais ne grandit pas. La région pectorale devient saillante, les seins commencent à se dessiner mais leur limitation est encore difficile, l'aréole est rosée, le mamelon a quatre ou cinq millimètres de diamètre. Sous les aisselles, bandes de poils de sept centimètres sur un à deux centimètres. Au pénil, dans sa moitié inférieure et dans la partie médiane, poils châtain foncé de quatre à cinq centimètres de long, se prolongeant sur les grandes lèvres dans leur moitié supérieure; poils blonds assez nombreux sur la moitié inférieure des grandes lèvres. Les petites lèvres sont très développées (plus d'un centimètre de large), le capuchon fait saillie à la partie supérieure de la vulve. L'activité de Marie-Louise n'est pas aussi débordante; elle est heureuse de s'occuper aux travaux du ménage. Son jugement ne paraît pas aussi naïf; par moments on s'aperçoit qu'elle raisonne mieux.

En classe, elle lit mieux et copie mieux, pas de progrès en calcul. — Les dessins d'après modèle sont plus réguliers, ne peut encore reproduire un objet usuel d'après nature. — En gymnastique, ses mouvements sont réguliers, elle travaille au commandement et commande elle-même.

Mars. — Même traitement, reprise de l'élixir polybromuré en raison des retours des périodes d'excitation. — Le développement de la puberté continue : le sens génésique s'éveille; M.-L. préfère de plus en plus la compagnie des petits garçons à celle de ses camarades; par moments, expressions risquées dont le sens paraît lui échapper. — Très capricieuse à l'atelier de couture où l'on constate cependant des progrès réels : fait sur son canevas, d'après modèles, toutes les lettres de l'alphabet.

Progrès en lecture et en écriture, fait les lettres majuscules, compte sans se tromper jusqu'à cinquante; ne peut encore comprendre l'addition.

Avril. — Même traitement, élixir polybromuré, suspendu et repris alternativement.

Nouveau tic singulier : elle lève successivement les deux bras, l'avant-bras replié sur le bras et se frappe le nez de ses deux coudes; elle accompagne ce mouvement d'un nouveau cri « *ouègne* », la première partie est toujours plus accentuée. Elle s'amuse aussi quelquefois à faire venir la salive en abondance entre les dents et les lèvres, à la faire mousser et à s'en barbouiller toute la figure. Durant ce mois, l'enfant a été très excitée, les spasmes sont fréquents, elle est jalouse des fillettes de son âge, effrontée avec les infirmières. En classe, pas de progrès.

Mai. — Même traitement. — L'enfant se plaint de douleurs lombaires, de la sensibilité de ses seins, de lassitude dans les jambes. — Caractère insupportable, on est même obligé de l'isoler à plusieurs reprises.

Premières règles, le 9 mai, assez abondantes; durée, quatre jours.

La seconde moitié du mois a été beaucoup meilleure; Marie-Louise compte, lit les nombres jusqu'à cent; commence l'addition.

Juin. — Même traitement. — Les spasmes se produisent sous la forme d'un nouveau cri « *pia* » qu'elle accompagne d'un mouvement particulier : elle projette brusquement le ventre en avant en ramenant en arrière les bras et la jambe gauche.

Début de la coprolalie. — Les *spasmes musculaires* sont remplacés par la coprolalie : M.-L. prononce tantôt à pleine voix, tantôt à demi-voix dans le courant de la conversation le mot de Cambronne. Elle sait qu'elle fait mal en disant des paroles grossières; quand elle arrive à se retenir, sa conversation est hachée, saccadée, il lui tarde d'être seule pour donner cours à la coprolalie. Si elle laisse échapper une grossièreté, on s'aperçoit aussitôt qu'une détente s'est produite, et que sa conversation est normale.

18 *juin.* — Règles, durée cinq jours. — Préférence marquée pour les corvées dégoûtantes, par exemple vider et rincer en se cachant les vases de nuit des gâteuses; elle comprend en effet qu'elle ne doit pas faire cette besogne.

En classe, progrès à constater. Commence à mettre l'orthographe, compte jusqu'à mille.

Paraît avoir le sentiment de la justice, reconnaît facilement quand elle a tort.

Juillet. — Traitement : douches, élixir polybromuré de une à deux cuillerées avec suspension. — Le 10, *règles*, durée quatre jours.

On remarque qu'il y a *alternance* entre la *coprolalie* et les *spasmes* musculaires; lorsque la première s'atténue, les seconds redoublent et réciproquement. Véritables poussées génitales qui paraissent inconscientes. Elle nous appelle « son amoureux » et voudrait que nous l'embrassions au lit.

Août. — Traitement : douches, suspension de bromure, gymnastique, etc. — L'enfant est réglée régulièrement. — Les spasmes musculaires sont de moins en moins fréquents, mais la coprolalie persiste.

Septembre. — M.-L... fait très régulièrement tous les exercices de la grande et de la petite gymnastique. Elle écrit sans faute et sous la dictée les cent premiers nombres, fait des additions sans retenue; son écriture est régulière, mais elle écrit très gros, car elle appuie trop sur sa plume; la mémoire scolaire paraît se développer; elle connaît la valeur de tous les termes géographiques, l'histoire élémentaire des temps primitifs de la France, elle acquiert de petites connaissances usuelles (aliments, tissus, éclairage et chauffage); en grammaire, distingue le nom, l'adjectif et le verbe, sait mettre au pluriel les noms et les adjectifs, les notions de forme se précisent dans son esprit; dans les travaux manuels elle progresse :

elle fait bien le point de tricot et commence à raccommoder des bas.

Octobre. — Les cris redeviennent fréquents; ce sont des *gnas* saccadés qu'elle accompagne de coups de poings sur sa poitrine; elle fait aussi à chaque instant le simulacre de s'élancer sur quelqu'un en inclinant le corps en arrière et projetant le corps en avant (arc de cercle vertical).

Novembre. — Recrudescence de la coprolalie, mots très grossiers à l'adresse de ses parents. Les progrès se sont arrêtés en classe.

Décembre. — La coprolalie diminue, les cris se font entendre rarement, les mouvements spasmodiques sont encore plus rares. L'arrêt persiste dans les progrès scolaires.

1895. *Janvier.* — Marie-Louise devient de plus en plus calme, les mouvements spasmodiques semblent avoir disparu. A l'école le travail est plus assidu : elle connaît l'orthographe de tous les mots usuels, fait des copies sans faute, conjugue à l'aide de la grammaire les temps principaux des verbes réguliers, fait de petites additions avec retenue.

Février. — L'enfant ne crie plus, les mots grossiers sont de plus en plus rares; Marie-Louise aime la société de ses petites compagnes auxquelles elle se plaît à rendre service. A l'école, progrès dans l'orthographe d'usage, mais grande difficulté dans l'application des règles grammaticales.

Mars. — Les cris et les mots grossiers n'ont pas reparu. En classe, bonne volonté à laquelle elle ne nous avait pas habitué.

Avril. — Durant ce mois on a constaté quelques mots grossiers. Marie-Louise fait bien les ourlets des serviettes et des draps.

Mai. — Ni cris ni mots grossiers. L'enfant devient raisonnable et même prévenante; ses manières sont beaucoup plus douces. Les progrès à l'école et à la couture continuent; il n'y a que la gymnastique qu'elle ne fait pas avec plaisir.

Juin. — L'enfant est de plus en plus gentille, elle est sensible aux reproches qu'on lui fait de plus en plus rarement. En classe l'écriture est meilleure, l'enfant lit couramment, fait seule des lettres à sa famille, l'orthographe est meilleure, elle fait de petites soustractions, sait écrire les nombres de quatre chiffres. A la couture, fait les petites réparations d'entretien. C'est elle qui fait le ménage de sa chambre qu'elle tient très propre.

Juillet. — Marie-Louise sort en congé avec ses parents le 1er juillet. Au bout de quelques jours d'observation et de promenades en ville, ils la trouvent très améliorée, la considèrent comme guérie et se décident à l'amener chez eux (10 juillet).

Octobre. — Une lettre à nous adressée par les parents de Marie-Louise, en octobre 1895, nous annonce que l'enfant « va de mieux en mieux, et contente tout le monde. Ses parents et ses amis l'ont trouvée bien changée ».

MESURES DE LA TÊTE	JUIN 1893	JUIN 1894	JUIN 1895
Circonférence horizontale maxima .	0,54	0,55	0,55
Demi-circonférence bi-auriculaire. .	0,30 1/2	0,31	0,31
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez . .	0,37	0,39	0 39
Diamètre antéro-postérieur maxima.	0,18	0,182	0,185
— bi-auriculaire	0,114	0,122	0,123
— bi-pariétal.	0,142	0,144	0,1i5
— bi-temporal	0,116	0,125	0,125
Hauteur médiane du front.	0,06 1/2	0,067	0,067
Poids.	34k,250	40k,050	44k,200
Taille.	1m,357	1m,405	1m,420

Réflexions. — I. Nous n'avons à relever, dans ce cas, ni alcoolisme, ni tare héréditaire, mais seulement la prédominance du tempérament nerveux du côté maternel.

II. L'*imbécillité prononcée* de cette enfant est d'origine congénitale et nous paraît devoir être rattachée à la vive émotion éprouvée par la mère au cinquième mois de la grossesse. Jamais, en effet, on n'a noté de convulsions. Dès la première année, l'enfant était en retard par rapport à ses sœurs. Ce n'est toutefois que vers quatre ou cinq ans que les parents se rendirent un compte exact de l'arriération intellectuelle de leur enfant.

III. L'enfant fut mise en pension; mais, ainsi qu'il advient généralement en pareille circonstance, Marie-Louise fut le souffre-douleur de ses compagnes. Loin de s'améliorer, son état mental s'aggrava, et, en particulier, son *irritabilité* alla sans cesse croissant, préparant l'éclosion de nouveaux accidents. Les *spasmes musculaires*, les *tics variés*, firent leur apparition (11 ans).

IV. Le développement de la *puberté* semble avoir été l'occasion d'un arrêt dans l'amélioratiou, que le traitement avait procurée. Cet arrêt a été momentané, et après l'établissement des règles, les progrès intellectuels ont suivi une marche ascendante. C'est alors aussi que s'est produite une modification dans la nature des spasmes. Les *spasmes musculaires* ont été remplacés par des *spasmes* qu'on pourrait appeler *psychiques*,

caractérisés par de la *coprolalie* et des *impulsions* à accomplir, malgré la défense, les besognes les plus répugnantes. Pendant plusieurs mois, on a observé une alternance curieuse entre les spasmes musculaires et les spasmes psychiques.

V. A partir du mois de décembre 1894, sous l'influence persistante du *traitement médico-pédagogique*, on note une *amélioration croissante* de l'état général de la malade : les spasmes musculaires et les spasmes psychiques s'éloignent de plus en plus et cessent définitivement; l'intelligence se développe, l'enfant arrive à lire et écrire couramment, à compter jusqu'aux nombres de quatre chiffres, qu'elle écrit et lit, à faire des additions et des soustractions, à acquérir des notions sur tout ce qui l'entoure; le raisonnement n'est plus aussi naïf; l'attention et la réflexion sont possibles, ce qui lui permet d'apprendre et de connaître l'orthographe, de rédiger elle-même des lettres pour ses parents. Marie-Louise devient, en un mot, une enfant presque ordinaire, se plaisant aux occupations de son sexe et de son âge (travaux de ménage et de couture). Personnellement, nous estimons que la famille aurait mieux fait de laisser cette jeune fille en traitement pendant plusieurs mois encore, afin de consolider les résultats obtenus et d'en provoquer certainement de nouveaux.

RECUEIL DE FAITS.

CAS DE MALADIE DE LANDRY D'ORIGINE INFLUENZIQUE SUIVI DE GUÉRISON. APHASIE ET TROUBLES CIRCULATOIRES, LÉGÈRE RECHUTE;

Par le D[r] PAILHAS (d'Albi).

Tr..., vingt-quatre ans, militaire. Constitution sèche, nerveuse. Père bien portant; mère impressionnable, sujette depuis quelque temps à des douleurs articulaires siégeant de préférence aux doigts des mains.

Vers la fin de février 1895, Tr..., tout en faisant son service, est

pris de toux, de céphalalgie localisée surtout à la nuque, de sensations erratiques de froid dominant entre les épaules. — Les jours suivants, il sent ses jambes s'affaiblir, en même temps que surviennent bientôt des impressions pénibles « du côté de l'estomac », lesquelles sont comparées par le malade à une piqûre et s'accompagnent de défaillances. — En cet état, il entre au bout de quatre ou cinq jours à l'infirmerie du régiment. — Trois jours après, à la faiblesse des jambes s'ajoutaient des douleurs articulaires particulièrement ressenties aux membres inférieurs et d'abord attribuées à du rhumatisme. — De plus, on remarquait dès ce moment une difficulté notable de la parole. — Le malade parlait en scandant les syllabes avec pauses entre les divers mots. — La langue ne paraissait pas déviée. — Le 9 mars, le malade entre à l'hôpital, et là, le voyant pour la première fois, nous constatons avec les symptômes aphasiques déjà signalés, une très grande faiblesse de tout le corps et principalement des jambes qui ne peuvent plus le supporter. — En outre les réflexes rotuliens sont complètement abolis. Le cœur participe à cette inertie motrice : ses battements sont, en effet, ralentis au point de ne battre que de quarante-cinq à cinquante fois par minute; les bruits cardiaques s'entendent affaiblis, mais sans altération du rythme. Les mains sont violacées et chaudes. Les pupilles largement dilatées réagissent mollement à la lumière. — Douleurs ressenties dans les deux oreilles.

Le lendemain, 11 mars, le malade se sent plus dispos; il est néanmoins très faible; toutefois les battements du cœur sont plus fréquents (de cinquante-cinq à soixante environ).

Le 12 mars, l'état général paraît s'améliorer; l'appétit renaît; les impressions de défaillance liées, sans doute, à l'asthénie cardiaque, sont moindres. Quant aux troubles de l'articulation et à la parésie des membres inférieurs, peu de modifications.

Le 15, état général satisfaisant; mais le malade essaie vainement de marcher. Même état des réflexes tendineux. Les mains restent violacées. — Mydriase. — Intégrité des fonctions du rectum et de la vessie. — La sensibilité cutanée ne paraît pas modifiée. — L'articulation des mots devient plus aisée.

Le 17, faiblesse moindre, bien que le malade ait beaucoup de peine à se tenir debout. Les muscles des jambes ne réagissent point sous l'influence des excitations électriques.

Le 25, retour très marqué des forces dans les membres inférieurs, permettant la marche. Absence totale du réflexe rotulien. Les troubles de la parole ont à peu près disparu. — En cette voie d'amélioration, le malade ne tarde pas à partir en congé. Chez lui, il se rétablit assez promptement; néanmoins, dans les travaux des champs qu'il partage avec les siens, il se sent inférieur en vigueur à ce qu'il était avant sa maladie. Souvent les épaules et les genoux sont le siège de douleurs.

De retour au régiment, au commencement de juin 1895, notre malade prend froid un jour qu'il est en sueur; dès lors réapparaissent des douleurs aiguës en différentes articulations, sans tuméfaction ni rougeur. De nouveau il sent ses jambes s'affaiblir et sa parole s'embarrasser. — De l'infirmerie Tr... passe le 16 juin à l'hôpital où cet état, ébauche de sa précédente atteinte du mois de février, s'améliore rapidement.

Le 24 juin, nous le voyons à peu près complètement rétabli. Il est à remarquer cependant que les réflexes rotuliens restent abolis; que la pression des mains traduit un amoindrissement de l'énergie musculaire. Point d'atrophie.

Ce fait, survenu en pleine épidémie d'influenza, nous a paru, en raison des premières manifestations du début (toux, céphalalgie, froid entre les épaules), trouver là sa cause principale. De sorte qu'à l'intérêt offert par la relative bénignité de cette affection, rangeable parmi les cas de la maladie de Landry, s'ajoute celui du rôle étiologique déjà signalé de la grippe. Ajoutons que les douleurs articulaires observées ici au début de la maladie, et volontiers attribuées par de nos confrères à du simple rhumatisme, ont été constatés aussi par M. Mossé dans le premier des cas de maladie de Landry d'origine influenzique que naguère il communiqua au Congrès de médecine mentale et de neurologie de Bordeaux.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

XLVII. La psychose polynévritique; par R. Coletta. (*Annalei di neurologia*, 1894, fasc. I, II, III, IV, V, VI.)

Au cours de certaines intoxications, principalement l'alcoolisme chronique, comme aussi dans le cours ou la convalescence des maladies infectieuses, on peut voir se développer des désordres psychiques, associés aux symptômes de la névrite multiple. — Ce syndrome neuro-psychopathique démontre non seulement que les nerfs périphériques et la subtance cérébrale sont altérés en même temps, mais permet encore d'expliquer, selon toutes probabilités, l'origine du désordre psychique par l'influence des mêmes conditions morbides ayant provoqué la polynévrite.

Ces conditions morbides sont représentées par des agents toxiques ou infectieux. Il est difficile de déterminer le mécanisme intérieur de leur action. Cependant en se fondant sur certaines données, surtout de pathologie expérimentale, il est à retenir que les substances toxiques exercent une action directe sur les éléments nerveux, et que les agents infectieux, dans le plus grand nombre des cas n'agissent pas par influence directe, locale, du micro-organisme sur le système nerveux, mais par une action chimique, générale de produits solubles d'origine microbienne : les agents infectieux fabriquent un poison et l'infection aboutit ainsi à l'intoxication.

Selon toute probabilité, les substances toxiques qui empoisonnent le sang et le système nerveux, agissent de préférence sur les diverses parties de l'arc neuro-musculaire : tantôt sur les fibres périphériques (polynévrite), tantôt sur la substance cérébrale (symptômes psychiques), quelquefois en lésant en même temps l'un et l'autre système (psychose polynévritique). D'autres organes centraux peuvent être simultanément atteints (moelle épinière, bulbe, etc.) et aussi le système musculaire (polymyosite). Toutefois pour que ces agents pathogènes s'attaquent ainsi aux éléments nerveux, il est nécessaire que d'autres facteurs (hérédité, antécédents neuro et psychopathiques) aient préparé le terrain.

Les substances toxiques sont représentées soit par des ptomaïnes ou des leucomaïnes venues du dehors ou développées dans l'organisme même, soit par un métal, par l'alcool ou quelque autre poison. Il semble que toutes les causes qui provoquent la névrite n'aient pas la même tendance à déterminer la maladie mentale en question.

Le syndrome psychique, indépendamment de sa combinaison avec les phénomènes de la névrite multiple (paralysies, amyotrophies, troubles de la sensibilité), présente une forme clinique bien définie. Il est essentiellement caractérisé par un état mental particulier, où domine l'amnésie, accompagnée d'ordinaire, à différents degrés, de désordres de la conscience et de l'association des idées, parfois d'agitation, de délire. Dans une catégorie de cas le trouble de la mémoire apparaît presque d'une façon aiguë : il peut être plus ou moins profond, intéressant surtout les événements les plus récents ; il peut se présenter presque à l'état isolé. Dans d'autres cas, en même temps que l'amnésie grave, prédominent pour un temps des troubles de la conscience, de l'incohérence, un rétrécissement du champ de l'idéation. Enfin, chez une troisième catégorie de malades, sur les troubles de la mémoire, de l'idéation et de la conscience prédominent les symptômes d'une irritabilité psychique exagérée.

L'altération de la mémoire présente dans beaucoup de cas et lorsqu'elle est bien prononcée, les caractères suivants : C'est une amnésie quelquefois presque instantanée, étendue à toutes les caté-

gories de souvenirs, circonscrite aux actes et aux impressions récentes. C'est une amnésie ordinairement temporaire, incluse entre deux périodes de mémoire normale, limitée aux faits récents aussi bien antérieurs que postérieurs au début de l'affection. C'est une amnésie isolée, parfois indépendante de tout autre trouble intellectuel et déterminée par la perte de la faculté d'évocation des souvenirs (amnésie d'évocation). Ces derniers sont toutefois fixés et conservés dans l'inconscient et reparaissent au moment de la guérison à mesure que se reconstitue la personnalité consciente. Cette amnésie est conforme aux lois de régression de la mémoire. La guérison, lorsqu'elle survient, s'accomplit aussi d'une façon conforme aux lois de restauration des souvenirs. On peut admettre que le complexus des symptômes psychiques dépend principalement de troubles fonctionnels du système de fibres nerveuses destinées à relier entre elles les cellules de la substance corticale du cerveau.

Parallèlement aux troubles cérébraux se montrent les symptômes de la névrite multiple. *a*). Paralysie amyotrophique des membres inférieurs, plus ou moins grave et généralisée, suivie souvent de celle des membres supérieurs. Dans les cas très graves peuvent s'ajouter des paralysies des muscles du tronc, du diaphragme, des muscles oculomoteurs, des troubles de la miction, de la tachycardie, de la paralysie du cœur. L'évolution de la paralysie est variable, tantôt lente, chronique; tantôt généralisée très rapidement en revêtant l'apparence d'une affection spéciale aiguë. *b*). Désordres de la sensibilité (fourmillements, hypoesthésie ou anesthésie, hyperesthésie, hyperalgésie, retard dans la transmission des impressions); d'ordinaire, abolition des réflexes. *c*). Troubles vasomoteurs et trophiques (cyanose, œdème, altération de la peau et des ongles, escarres au sacrum, aux talons, etc.). *d*). Symptômes généraux (troubles dyspeptiques, vomissements répétés, troubles de la sécrétion urinaire, inappétence sexuelle, troubles menstruels, amaigrissement excessif. *e*). Tout le syndrome neuro-psychopathique est ordinairament précédé de vomissements, d'anorexie, d'une faiblesse générale notable, de symptômes sensitifs, sensibilité des nerfs à la pression, hyperesthésie cutanée.

Les troubles cérébraux et les symptômes de la polynévrite peuvent se trouver associés entre eux avec le même caractère de gravité, ou prédominer les uns sur les autres.

Le début, la marche, la durée et la terminaison de la psychose polynévritique sont éminemment variables. Ils dépendent de l'intensité de la maladie, des conditions dans lesquelles elle s'est développée, de son étiologie.

Les éléments de diagnostic caractéristiques sont : le début la plupart du temps aigu, avec des troubles de la sensibilité, désordres de la mémoire, agitation, délire; l'apparition d'une paralysie

amyotrophique plus ou moins diffuse. Dans les cas difficiles, il est toujours possible de découvrir quelques symptômes de la polynévrite et de l'amnésie, qui aideront utilement à établir le diagnostic.

La psychose polynévritique se montre presque toujours à la suite de l'intoxication alcoolique, dans laquelle elle débute souvent par des symptômes ressemblant au delirium tremens, suivis de paralysie et de troubles caractéristiques de la mémoire. Il est possible que l'action toxique de l'alcool, prolongée ou intense, arrive à donner à toute la symptomatologie un cachet assez caractéristique pour permettre parfois d'établir un diagnostic étiologique.

Le pronostic des différentes variétés de psychose polynévritique dépend de l'intensité de la maladie, des conditions dans lesquelles elle s'est développée, de son étiologie. Il est douteux mais pas funeste d'ordinaire. Il est grave et fatal dans les formes plus rapides et intenses, si la cause de la maladie ne peut être supprimée si les phénomènes morbides se développent sur un organisme profondément débilité. Il est, au contraire, généralement favorable dans les formes chroniques alors que l'état général du patient est relativement satisfaisant, et que la cause de la maladie peut être éloignée. La guérison n'a lieu qu'après des mois et parfois des années.

Le traitement est, lui aussi, principalement déterminé par les conditions étiologiques. C'est d'abord celui de toute infection ou intoxication, et par la suite celui de toute atrophie musculaire.

L'anatomie pathologique de la psychose polynévritique n'a été étudiée qu'incomplètement. La cause morbide agit non seulement sur les fibres périphériques, mais aussi sur les centres. On rencontre des lésions dégénératives des nerfs périphériques (névrite parenchymateuse), atrophie dégénérative des muscles, altérations du cordon de Goll, vacuolisation des cellules ganglionnaires de la corne antérieure de la moelle, ramollissement superficiel de l'écorce cérébrale, et enfin dégénérescence colloïde de la glande thyroïde. On peut admettre que les altérations de cette glande sont en corrélation avec des maladies dont le fondement est une toxémie. Néanmoins les altérations matérielles profondes de l'arc neuromusculaire appartiennent, sans ou presque sans exception, aux formes subaiguës ou chroniques des maladies infectieuses ou toxiques.

Les lésions dégénératives des nerfs périphériques nous donnent une explication de tous les symptômes physiques. En se fondant d'autre part sur nos connaissances histologiques ou de pathologie expérimentale, et aussi sur les observations anatomo-cliniques et les lésions de l'écorce cérébrale décrites dans certains cas d'intoxication grave chronique, il est probable que les différents degrés d'altération des fibres nerveuses constituant le système d'association de l'écorce, peuvent donner une explication suffisante des différents degrés des désordres psychiques. J. Séglas.

XLVIII. Un cas d'amnésie partielle continue; par Ferrari. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. III-IV, 1894.)

Amnésie partielle, continue, des nombres, attribuable vraisemblablement à un trouble circulatoire de l'écorce chez un individu de vingt-sept ans, porteur d'un arc sénile bilatéral, ayant des artères sinueuses et dilatées, fils et frère d'artério-scléreux, et comptant dans sa famille plusieurs ascendants paternels et maternels morts d'apoplexie cérébrale. J. Séglas.

XLIX. Nouvelle contribution a la doctrine de l'origine infectieuse du délire aigu; par Bianchi et Piccinino. (*Annali di neurologia*, fasc. VI, 1894.)

Parmi les formes psychopathiques qui simulent le délire aigu et qui ont été jusqu'ici décrites comme délire aigu, il en est une à laquelle on pourrait donner le nom de délire aigu bacillaire. Elle se distingue de toutes les autres, cliniquement par une intensité plus grande des symptômes, par la phase adynamique qui succède promptement à la phase d'excitation, par la durée plus courte et l'issue fatale; bactériologiquement par la présence dans le sang et les centres nerveux d'un bacille particulier que les auteurs ont toujours rencontré dans les cas observés jusqu'ici.

Il y a des formes de délire sensoriel aigu qui peuvent s'accompagner de fièvre, sans que celle-ci puisse reconnaître une autre cause (pneumonie, bronchite, catarrhe intestinal...) que celle qui a déterminé l'explosion du délire aigu. En d'autres termes : la fièvre ne caractérise pas la nature bacillaire d'un délire aigu.

Le délire aigu bacillaire doit être considéré comme une maladie infectieuse grave dans laquelle les symptômes d'excitation et de trouble profond de la conscience sont suivis de symptômes de dépression et d'un véritable état typhique grave. Il n'est vraiment reconnaissable qu'au moyen de l'examen bactériologique du sang.

Dans les autres formes de délire aigu et de manie grave, l'examen bactériologique donne également des résultats positifs. Mais si la constatation de microorganismes presque toujours isolés et en grande abondance révèle un rapport biologique entre la forme clinique et leur présence dans le sang, en ce sens qu'ils disparaissent ou diminuent beaucoup avec la chute de la maladie; cela ne nous autorise pas encore à conclure à un rapport immédiat, de cause à effet. Cette constatation témoigne seulement à coup sûr d'un trouble grave et profond de la nutrition, constituant un terrain propice au développement des microorganismes, amenant comme conséquence une détérioration de tout l'organisme, avec déchéance rapide de la nutrition, fièvre, et autres effets toxiques sur les fonc-

tions du système nerveux, dont le trouble maximum est le délire hallucinatoire.

Les résultats bactériologiques, trouvés dans toutes les autres formes de délire sensoriel qui ressemblent au véritable délire aigu sans en être, justifient les critiques de certains auteurs qui n'ont pu trouver le bacille décrit par Bianchi, mais d'autres variétés de microorganismes; car ces formes de délire aigu sensoriel et de manie grave sont beaucoup plus fréquentes que le véritable délire aigu qui est très rare.

La stupeur organique doit être considérée presque toujours comme une phase secondaire du délire hallucinatoire, même quand il est de courte durée, non seulement parce que l'observation clinique attentive montre toujours la préexistence d'une phase hallucinatoire; mais aussi à cause des résultats de l'examen bactériologique qui restent identiques soit dans la phase d'agitation hallucinatoire, soit dans celle de stupeur. J. Séglas.

L. La suggestion a l'état de veille dans quelques affections oculaires; par P. Sgrosso. (*Annali di nevrologia*, fasc. VI, 1894.)

LI. De quelques anomalies importantes dans les mains et les pieds des délinquants et de leur signification réversive; par Penta. (*Annali di nevrologia*, fasc. VI, 1894.)

LII. Sur les phénomènes circumcursifs et rotatoires de l'épilepsie; par Mingazzini. (*Riv. sp. di fren.*, t. XX, fasc. III-IV.)

Les phénomènes circumcursifs de l'épilepsie peuvent se réduire à deux catégories : ceux dans lesquels le phénomène circumcursif précède l'accès convulsif (aura circumcursive); ceux dans lesquels ce phénomène constitue tout ou partie de l'accès (accès circumcursifs).

Dans l'aura circumcursive, le nombre des tours est généralement considérable; elle peut être remplacée quelquefois par d'autres phénomènes; elle ne donne pas d'indication précise sur la gravité ou la durée de l'accès convulsif.

La durée de l'accès circumcursif est en général de quelques minutes; il est précédé souvent de phénomènes prodromiques variés. La direction des tours a lieu de préférence de droite à gauche. L'accès circumcursif est souvent accompagné d'actes variés tantôt automatiques, tantôt conscients. Il ne semble pas que ce phénomène, particulier influe sur la genèse de phénomènes post-paroxystiques. Les accès circumcursifs ne conservent pas toujours cette forme; on ne peut savoir s'ils provoquent plus tôt que d'autres l'apparition de la démence. Les phénomènes rotatoires peuvent aussi se présenter sous forme d'aura ou d'accès.

L'aura rotatoire est presque toujours précédée ou accompagnée d'autres phénomènes sensitifs ou sensitivo-moteurs qui transforment l'aura motrice en une aura complexe. — La direction de la rotation va dans la plupart des cas de droite à gauche. La durée et la gravité de l'accès convulsif n'ont aucun rapport avec la présence de l'aura rotatoire, qui souvent peut être remplacée par d'autres phénomènes. Les auras rotatoires nocturnes ne sont pas toujours identiques aux diurnes. Comme pour l'épilepsie circumcursive, on est fort embarrassé de savoir s'il existe quelque rapport entre les accès précédés d'aura rotatoire et les altérations de la sphère psychique. Les malades atteints d'accès avec aura rotatoire ne présentent aucun caractère spécial relativement aux tares dégénératives ou à des troubles nerveux spéciaux.

L'accès rotatoire est parfois précédé de phénomènes précurseurs. Le sens de la rotation est très variable. Les accès ne gardent pas toujours la même forme et sont souvent remplacés par des accès de forme équivalente. Rien de précis sur leur influence au point de vue de la démence. J. Séglas.

LIII. Sur les connexions des éléments nerveux de l'écorce cérébelleuse; par E. Lugaro. (*Riv. sp. di fren.*, t. XX, fasc. III-IV.)

LIV. La gliose cérébrale chez les épileptiques; par Tedeschi. (*Riv. sp. di fren.*, t. XX, fasc. III-IV.)

Confirmation des recherches de M. Chaslin sur la gliose cérébrale. J. S.

LV. Sur un phénomène d'automatisme chez les aliénés qui rechutent; par Cristiani. (*Rev. sp. di fren.*, t. XX, fasc. III-IV.)

Certains aliénés, au moment d'une rechute, quelle que soit d'ailleurs la forme clinique de la psychose, seuls, à l'insu de tous, sans aucun but même délirant, tantôt plusieurs fois correspondant à plusieurs rechutes, tantôt plusieurs fois dans une seule et même rechute, parfois en s'en rendant compte, d'autres fois dans un état d'abolition complète de la conscience, mais toujours sans dévier de leur chemin, retournent d'eux-mêmes directement à l'asile où ils ont été internés dans leurs précédents accès. Alors même que ce singulier retour aurait été suivi d'un internement d'urgence, cela ne les empêche pas de recommencer à l'occasion. Lorsqu'une surveillance assidue s'oppose à ce retour irrésistible à l'asile, on rencontre souvent comme un équivalent de l'acte empêché dans l'envoi d'une lettre intempestive, sans but, sinon incohérente.

L'auteur trouve l'explication psychologique de ce fait dans le changement de la personnalité qui se produit dans tout accès de

folie. Alors que les malades, guéris d'un accès, sortent de l'asile, ils ne manquent pas de manifester une horreur bien connue pour les médecins, le directeur et tout ce qui, même de loin, leur rappelle l'asile. Survient un nouvel accès, alors la personnalité change. Dans le nouvel état morbide, le malade oublie la vie normale et les sentiments, les idées, les actes qui l'éloignaient de ses souvenirs d'internement, il reprend la personnalité qui s'était manifestée dans les accès antérieurs, ayant déterminé le placement, et il tend à continuer l'existence pathologique du premier accès. Ainsi fût-il même matériellement au dehors et, loin de l'asile, il revit mentalement pour ainsi dire l'existence qu'il y avait menée précédemment. Des séries de souvenirs se présentent à sa conscience plus ou moins obnubilée, aboutissant en dernier terme au retour à l'asile.

J. Séglas.

LVI. Les réflexes superficiels et profonds comme moyen de diagnostic dans les maladies mentales; par Agostini. (*Riv. sp. di fren.*, t. XX, fasc. III-IV.)

Dans la folie épileptique, la sensibilité à la douleur est la plupart du temps diminuée, les réflexes cutanés et muqueux faibles, les idio-musculaires et les tendineux accentués, le plantaire souvent marqué. Après l'accès, le réflexe plantaire est encore plus énergique avec tremblement et trépidation épileptoïde; les tendineux et idio-musculaires sont plus intenses; les cutanés et les muqueux faibles ou nuls, la sensibilité à la douleur moindre.

Dans la folie paralytique, à la période initiale, la sensibilité à la douleur est quelquefois abolie, les réflexes cutanés sont affaiblis ou font défaut; le plantaire l'est moins; les tendineux et idio-musculaires sont exagérés. — A la seconde période, exagération du plantaire, affaiblissement de la sensibilité à la douleur. — A la troisième période, la sensibilité à la douleur devient très faible, les réflexes cutanés et muqueux nuls, les tendineux faibles ou absents, les idio-musculaires énergiques.

Dans les accès épileptiques ou congestifs, la sensibilité à la douleur est faible ou nulle, les réflexes cutanés ou muqueux manquent, les tendineux et idio-musculaires exagérés, plus du côté intéressé. En répétant les percussions, on obtient des tremblements fibrillaires spasmodiques qui passent du membre au tronc et se diffusent dans le membre de l'autre côté.

Dans la folie alcoolique, exagération fréquente de la sensibilité à la douleur, des réflexes plantaire, idio-musculaire, tendineux; les autres, cutanés et muqueux, sont faibles. — Dans la folie pellagreuse, hypoalgésie: atténuation des réflexes cutanés ou muqueux, exagération des tendineux, des idio-musculaires et souvent du plantaire.— Dans la folie hypocondriaque, hyperalgésie; rapidité

des réflexes cutanés et muqueux, exagération des tendineux et idio-musculaires. — Dans la folie hystérique, faiblesse de la sensibilité à la douleur, des réflexes cutanés; les muqueux et idio-musculaires sont normaux, le patellaire rapide.

Dans la manie, sensibilité à la douleur vive; réflexes cutanés et muqueux normaux, ainsi que les idio-musculaires et tendineux.— Dans la mélancolie, la sensibilité à la douleur est normale, ou exagérée; les réflexes cutanés et muqueux normaux, les tendineux et idio-musculaires plus vifs. Dans la stupeur, les cutanés et muqueux s'affaiblissent : la réaction à la douleur, faible en apparence, est bien conservée; les réflexes tendineux et musculaires sont exagérés. — Dans la neurasthénie, hyperalgésie, exagération de tous les réflexes.

Dans la paranoïa, les réflexes restent normaux, la sensibilité à la douleur est parfois diminuée.— Dans l'imbécillité, la sensibilité à la douleur est au-dessous de la normale; les autres réflexes rapides, les tendineux vifs.— Dans l'idiotie, la sensibilité à la douleur est faible, de même que les réflexes cutanés et muqueux; les idio-musculaires et les tendineux rapides. Dans les démences secondaires, hypoalgésie, faiblesse ou absence des réflexes cutanés, faiblesse des muqueux : les tendineux et idio-musculaires sont normaux ou exagérés.

A remarquer la façon différente dont se comportent les réflexes cutanés et tendineux représentés évidemment dans la substance grise spinale par deux systèmes diastaltiques différents, si bien que les uns peuvent être atteints, sans que les autres soient troublés.

Dans les affections de l'écorce, les troubles de la sensibilité générale confirment la théorie qui y fait résider, unis aux centres moteurs, des centres pour la sensibilité générale : la diminution ou l'abolition des réflexes cutanés prouve qu'il s'y trouve des centres coordinateurs ou excitateurs correspondants; l'exagération des réflexes tendineux, qu'il existe des fibres psychomotrices inhibitoires. J. Séglas.

LVII. Un cas de démonopathie; par Bonfigli. (*Riv. sp. di. fren.*, t. XX, fasc. III-IV.)

Il s'agit d'un fait de démonopathie rentrant dans le cadre des idées fixes ou paranoïa rudimentaire. L'auteur émet à ce propos les considérations suivantes : les idées fixes ou paranoïa rudimentaire naissent dans des cerveaux faibles originairement ou d'une façon acquise, à la suite de sensations violentes, nouvelles ou adéquates aux tendances de l'individu, agissant comme suggestion directe et provoquant des processus d'autosuggestion. — Le même mécanisme psycho-pathologique s'applique en grande partie à l'origine

de la paranoïa; mais alors le cerveau des malades est encore plus atteint.

Les choréiques du moyen âge, les démoniaques du XVII[e] siècle et des suivants, les convulsionnaires, les extatiques, les premiers adeptes de presque toutes les sectes religieuses, et peut-être aussi politico-sociales, n'étaient pas essentiellement et nécessairement des malades atteints de grande hystérie ou d'une autre névrose mais étaient bien des individus énormément suggestibles, qui selon les conditions originelles ou acquises de leur cerveau, à force de suggestions intenses étaient devenus ou paranoïaques rudimentaires ou paranoïaques vrais.

Parmi eux pouvaient certainement se rencontrer des hystériques ou autres névropathes, aussi facilement suggestibles : et même les paranoïaques hystériques devaient ainsi être ceux qui frappaient le plus les observateurs et renforçaient les suggestions pour les autres encore indemnes; mais la grande masse était des faibles d'esprit sans trace aucune d'hystérie ou d'autres états voisins.

Le traitement de la démonopathie, lorsqu'elle n'a pas atteint le degré de paranoïa proprement dite, et représente seulement une idée fixe, une paranoïa rudimentaire, doit consister essentiellement dans l'emploi des moyens hygiéniques et thérapeutiques qui peuvent raffermir l'organisme, en même temps que le cerveau; et aussi dans le traitement moral, visant à mettre un terme à la suggestion point de départ de l'idée fixe (isolement) et à lui opposer de nouvelles suggestions en opposition avec elle. J. Séglas.

LVIII. Mal de Bright et folie; par le Dr Bondurant.

Au cours des recherches faites depuis plusieurs années à l'asile d'aliénés de l'Alabama, l'auteur a trouvé des signes de lésions chroniques du rein chez 50 p. 100 des malades atteints de folie chronique. Les faits recueillis lui permettent de soutenir cette opinion que chez la plupart des malades atteints en même temps de néphrite et de folie, c'est la néphrite qui est la cause de la folie, cette dernière n'étant qu'un symptôme mental de l'intoxication .rémique aiguë ou chronique. (*American journal of insanity*, uillet 1895.) E. B.

LIX. Contribution a la craniologie des aliénés; par Mirto. (*Annali di Nevrologia*, III, IV, V, 1894.)

LX. Sur la rétinite des paralytiques, notes histologiques; par Colucci. (*Annali di Nevrologia*, III, IV, V, 1894.)

LXI. Nouvelles recherches et considérations sur le champ visuel des fous moraux; par de Sanctis. (*Riv. sp. di fren.*, t. XX, fasc. III-IV.)

LXII. Les arcades sourcilières et les sinus frontaux chez les aliénés; par Gianelli. (*Rev. sp. di fren.* V. XX., fasc. III-IV.)

LXIII. Craniométrie et céphalométrie dans l'idiotie et l'imbécillité ; par le Dr F. Peterson.

De nombreuses mensurations faites par l'auteur lui ont donné les résultats suivants :

Dans tous les cas d'hémiplégie spasmodique infantile, le crâne est plus ou moins diminué en volume du côté opposé à la paralysie. Il existe une tendance prononcée à la diminution de tous les diamètres craniens : elle est si marquée en général pour les diamètres transverses qu'elle permet de ranger ces crânes parmi les leptocéphales. Alors que tous les crânes sont au-dessous des dimensions moyennes, plus de 74 p. 100 sont au-dessous des plus basses limites des variations physiologiques, dans quelques-unes de leurs dimensions. L'intérêt anthropologique de ces recherches est de montrer les rapports de développement qu'il y a entre les diverses portions du cerveau et les parois craniennes adjacentes. (*American journal of insanity*, juillet 1895.) E. B.

LXIV. Paranoïa avec impuissance psychique ; par le Dr Hughes.

Intéressante observation d'un malheureux persécuté à qui « des ennemis mystérieux et inconnus viennent, pendant le sommeil, dérober son sperme », d'où la raison de son impuissance absolue. Il n'existe, du reste, aucune malformation du côté des organes génitaux. (*The alienist and neurologist.*, juillet 1895.) E. B.

LXV. Paranoïa morale ; par le Dr W. Barr.

L'auteur divise la paranoïa en deux sortes : la paranoïa mentale dans laquelle l'intelligence est dominée par une ou plusieurs idées fixes ou par des idées délirantes, sans que le sens moral soit forcément atteint et la paranoïa morale dans laquelle le sens moral est seul atteint, l'intelligence restant le plus souvent indemne, quelquefois même étant très développée. Ces deux variétés de paranoïa ont pour caractère commun une sorte d'exaltation, d'hypertrophie du « moi ».

Dans une première série la paranoïa morale, autrement dit la folie morale, comprend ceux chez qui de mauvaises conditions d'entourage, de développement, quelquefois un accident ou une maladie, ont affaibli le sens moral, ce dernier restant encore capable d'un certain développement.

Une seconde série comprend ceux chez qui des tendances dégénératives accumulées par plusieurs générations ont déterminé une

atrophie complète du sens moral : cet état de perte complète du sens moral n'est pas sans être compatible avec une grande intelligence, ce qui rend ces malades doublement dangereux.

Quelles sont les mesures à prendre pour sauvegarder la société?

Tout d'abord, dès l'enfance les enfants devraient, aussitôt que faire se peut, être divisés en différentes classes correspondant à leur niveau moral. Les avantages de ce système seraient doubles : en effet, d'une part les enfants normaux ne seraient pas contaminés et d'autre part, chez les enfants atteints d'imbécillité morale, l'émulation, le travail intellectuel poussé trop loin ne peuvent qu'être nuisibles.

Pourquoi n'exigerait-on pas, pour accepter les enfants à l'école, un certificat constatant l'absence de troubles nerveux ou moraux, tout aussi bien qu'un certificat de vaccination?

Quant aux mesures de défense à prendre contre des malheureux chez qui le sens moral est totalement absent, elles sont aussi nécessaires pour la société que délicates et difficiles à indiquer. Isolera-t-on rigoureusement dans quelque asile ou dans quelque région perdue ces malheureux ou utilisera-t-on l'innocuité relative des opérations chirurgicales pour les empêcher de procréer? L'auteur ne se prononce pas. (*The alienist and neurologist.*, juillet 1895.)

LXVI. Un cas de psychose polynévritique; par le Dr P. Sollier.

Intéressante observation du syndrome clinique décrit par Korsakoff sous le nom de psychose polynévritique.

Il s'agit d'une malade alcoolique. Les troubles psychiques furent les premiers en date, sous forme d'affaiblissement de l'activité intellectuelle, d'idées hypocondriaques, d'irritabilité, de confusion mentale, d'amnésie, de cauchemars puis se développa brusquement une polynévrite très accentuée avec paralysie complète des muscles des membres, du tronc et de la nuque et atrophie seulement bien nette aux mains.

Les troubles délirants disparurent les premiers, mais l'amnésie et les troubles névritiques ne disparurent que lentement et dans une évolution parallèle qui montre qu'il y a entre ces deux phénomènes primordiaux autre chose qu'une simple coïncidence mais bien un rapport étroit dû vraisemblablement à une lésion unique affectant l'ensemble du système nerveux. (*Revue neurologique*, août 1895.) E. B.

LXVII. Etude sur un cas de tabes uniradiculaire chez un paralytique général; par le Dr Nageotte

L'auteur a déjà attiré l'attention sur une lésion de névrite interstitielle transverse qui siège, chez les tabétiques, sur le nerf radiculaire, au voisinage du ganglion et qui lui a paru être la caus-

immédiate de la dégénérescence secondaire du système radiculaire extérieur, en un mot de la lésion essentielle du tabes. Le nouveau cas dont il donne la description complète, met bien en relief le rôle et le mode d'action de la névrite radiculaire transverse et montre bien l'origine radiculaire, exogène par conséquent, du tabes qui complique si souvent la paralysie générale progressive. Dans une moelle de paralytique général quelques filets radiculaires ont subi une dégénérescence ascendante; puis, dans les nerfs radiculaires, on trouve du haut en bas une lésion légèrement ébauchée qui subitement s'exagère au niveau des racines précisément qui contiennent ces filets : cette névrite radiculaire transverse atteint les deux racines antérieure et postérieure.

En résumé, il paraît exister, dans les portions de racines comprises entre la sortie du canal dural et le ganglion, une sorte de point faible où, en vertu de dispositions physiologiques que nous ignorons encore, se développerait une lésion spéciale, névrite radiculaire transverse, antérieure à toute dégénérescence parenchymateuse et constituant la première étape du processus tabétique. (*Revue neurologique*, juillet 1895.) E. B.

LXVIII. Les sentiments et les passions dans leurs rapports avec l'aliénation mentale; par le Dr H. Dagonet.

Ramenant avec Renaudin les divers sentiments à trois chefs principaux, le sentiment de la personnalité, les sentiments affectifs et le sentiment religieux, l'auteur montre, avec des exemples à l'appui, l'influence que les sentiments et les passions viennent exercer non seulement pour développer l'aliénation mentale mais encore pour en déterminer la forme particulière, suivant qu'ils sont exagérés, affaiblis ou pervertis.

Aussi, pour être rationnelle, la classification des maladies mentales, envisageant l'individu atteint d'aliénation mentale et au point de vue de l'altération de l'intelligence, et à celui des facultés morales, devrait comprendre tous les éléments pathologiques qui caractérisent non seulement la folie mais aussi la forme spéciale du délire.

C'est ainsi qu'à côté des folies mentales et impulsives et de certaines formes de délire systématisé à caractère affectif, les troubles de la personnalité pourraient de leur côté constituer une forme principale d'aliénation mentale.

Si la classification des maladies mentales semble difficile à modifier dans l'état actuel de la science, il ressort nettement du travail de l'auteur que l'élément passionnel est un signe clinique dont il faut tenir plus grand compte, lorsqu'il s'agit de déterminer nettement la forme particulière que revêt l'affection mentale. (*Annales médico-psychologiques*, août 1893.) E. B.

LXIX. Considérations cliniques sur l'étiologie et la nature de l'épilepsie tardive chez l'homme; par le Dr Maupaté.

L'auteur considère comme tardive l'épilepsie qui débute après trente ans: sur 120 épileptiques il n'en a rencontré que 20 pouvant rentrer dans cette catégorie. L'épilepsie tardive n'est qu'une simple variété de la grande épilepsie qui emprunte à l'âge auquel elle survient et aux causes qui la provoquent, quelques caractères spéciaux. Elle ne se manifeste pas en dehors d'une prédisposition héréditaire, toujours dégénérative; mais elle est néanmoins symptomatique, si on entend par là qu'elle est consécutive à une désorganisation du cerveau par des agents bien connus, et liée dans une certaine mesure à l'évolution de ces agents.

Les manifestations sont sensiblement celles de l'épilepsie vulgaire : une fois déclarée, elle peut, soit s'améliorer rapidement, quand disparaissent ses agents producteurs, soit rester stationnaire: dans ce cas, la démence précoce qui est la règle, semble, comme les troubles mentaux surajoutés, devoir être attribuée moins à l'épilepsie qu'à ses agents producteurs. — Le traitement sera celui de l'épilepsie en général, combiné avec la suppression ou la guérison des causes. (*Annales médico-psychologiques*, août 1895.) E. Blin.

LXX. L'inversion sexuelle; par Havelock Ellis. (*Medico-legal journal*, septembre 1894.)

C'est une revue de la question où l'auteur rappelle sommairement les travaux allemands de Westphal, Casper, Ulrichs, Krafft Ebing, Moll, Moritz, ceux de Ritti, Tomassio, Lombroso, Moreau, Magnan, Charcot, Tarnowsky, Lacassagne et ses élèves. Il rappelle es procès américains récents d'Alice Mitchell et Guy Olmstead.

A. Marie.

LXXI. Folie blennorrhagique et pyophrénies; par le professeur S. Venturi.

Dans la première partie de son travail, l'auteur apporte de nouveaux faits cliniques à l'appui de ses idées sur la folie blennorrhagique. Les malades dont l'histoire est rapportée n'appartiennent plus à la catégorie des hébéphréniques, parmi lesquels se recrutaient les dix-sept observations relatées dans une première publication, d'où la déduction que, quoique la blennorrhagie soit plus fréquemment en rapport avec la folie hébéphrénique, elle est capable aussi de provoquer des troubles mentaux chez des sujets adultes.

La forme de folie observée a été dans un cas un délire mélan-

colique ; dans un autre un état d'excitation maniaque : dans ces deux cas, la blennorrhagie a servi peut-être seulement de cause occasionnelle au développement de la maladie mentale préparée déjà par l'hérédité ou la dégénérescence. Dans un troisième cas, l'infection blennorrhagique a déterminé une véritable démence paralytique, faisant ainsi faire un pas de plus à cette idée que la paralysie générale n'est qu'une maladie d'origine infectieuse.

Si de la blennorrhagie ordinaire il peut résulter des arthrites, péricardites, névrites, méningites par migration de l'élément infectieux spécifique, y a-t-il quelque fondement à accepter que cela peut arriver aussi par suite de la migration de l'élément infectieux des écoulements purulents non gonococciques ? La clinique répond affirmativement, car elle est bien connue, la migration des cocci en général et, en particulier, celle des staphylocoques pyogènes et des streptocoques. Dans cet ordre d'idées, l'auteur rapporte deux cas démonstratifs comme preuve de l'existence d'une folie consécutive à des écoulements vaginaux purulents et contagieux, bien que n'étant pas liés au gonocoque de Neisser, et propose, en conséquence, d'accepter dorénavant l'existence non seulement de la folie blennorrhagique, mais d'une classe de folies, que l'on pourrait appeler pyophrénies, dont la folie blennorrhagique serait une espèce, en rapport direct avec un élément infectieux spécifique ; les folies puerpérales, celles qui sont dues à des écoulents purulents des intestins, des bronches, des poumons, du nez, etc., constitueraient autant d'espèces différentes, en rapport avec d'autres cocci pathogènes. (*Annales médico-psychologiques*, oct. 1895.) E. B.

LXXII. Gliosarcome du cervelet ; par Pasquale de Michele. (*Annali di Nevrologia*, fasc. III, IV, V, 1894.)

Les gliosarcomes peuvent réellement quelquefois, revêtir l'allure d'un processus inflammatoire chronique. Ils ont alors plutôt l'aspect de foyers multiples, comme la syphilis et la tuberculose des centres nerveux, que de véritables néoplasmes. Leur allure clinique, leur structure histologique font soupçonner une origine infectieuse. Les symptômes les plus importants pour le diagnostic de siège des processus intéressant le vermis inferior sont l'incurvation latérale de la colonne vertébrale, l'affaiblissement progressif des membres jusqu'à la paralysie, l'hypotrophie générale, l'émission de cris inconscients. Les données anatomo-cliniques sont en accord complet avec les résultats obtenus par l'expérimentation physiologique.

J. Séglas.

LXXIII. Sur la topographie du lobule de Broca. — Contribution a la topographie cranio-cérébrale ; par Falcone. (*Annali di Nevrologia*, III, IV, V, 1894.)

LXXIV. — L'ATAXIE HÉRÉDITAIRE; par G. FORNARIO. (*Annali di nevrologia*, fasc. VI, 1894.)

Observations d'ataxie héréditaire chez trois individus d'une même famille. La discussion de ces observations amène l'auteur à conclure qu'il n'est pas possible cliniquement de différencier d'une façon certaine l'ataxie héréditaire spinale ou simplement cérébelleuse de l'ataxie cérébelleuse et spinale; que l'absence du réflexe rotulien peut être un signe important en faveur de l'affection spinale sans en être toutefois exclusive; que de légers troubles psychiques ne sont pas incompatibles avec le tableau typique de Friedreich; que ce tableau de la maladie de Friedreich même circonscrit aux formes absolument spinales, correspond précisément au tableau des expérimentations sur les ablations du cervelet; qu'anatomiquement on ne peut méconnaître l'existence de formes essentiellement spinales et de formes cérébelleuses et spinales. J. SÉGLAS.

LXXV. SUR LA SIGNIFICATION ONTO-PHILOGÉNIQUE DU PROCESSUS FRONTAL CHEZ L'HOMME; par PENTA. (*Annali di nevrologia*, fasc. I, 1894.)

LXXVI. SUR LE TABES TRAUMATIQUE ET LA PATHOGÉNIE DU TABES EN GÉNÉRAL; par HITZIG. (*Annali di nevrologia*, fasc. I, 1894.)

LXXVII. SUR LES LÉSIONS DE LA BASE DE L'ENCÉPHALE DANS LE TABES; par PACETTI. (*Riv. sp. di fren.*, t. XX, fasc. III-IV.)

LXXVIII. RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA FATIGUE DES MUSCLES DE L'HOMME SOUS L'ACTION DES POISONS NERVEUX, par ROSSI. (*Riv. sp. di fren.*, t. XX, fasc. III-IV.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

LXIIIe SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE L'ALLEMAGNE ORIENTALE.

Breslau, 25 *novembre* 1893.

M. FREUND (de Breslau). *Sur les troubles psychiques de la névrose traumatique* (avec présentation de malades). — Cette communication sera publiée ultérieurement *in extenso*.

Discussion : M. Pick (de Prague) fait remarquer que l'on connaît depuis longtemps des cas d'hallucinations se produisant par accès et d'une façon toujours identique : Baillarger a rapporté l'histoire d'une femme qui, ayant été blessée au crâne par la chute d'un pot de fleurs, voyait se produire par accès une hallucination reproduisant la scène de l'accident. On connaît bien également les observations de filles hystériques qui, à la suite d'un viol, voient au cours de leurs attaques se dérouler la scène du viol.

M. Pick rappelle qu'à une époque où la névrose traumatique n'avait pas encore attiré l'attention générale, ni été l'objet d'une étude particulière, il avait déjà publié un grand nombre de cas de *folie traumatique*. (*Prager Medic. Wochenschr.*, 1879, 1880.) Il a insisté sur ce fait que dans ces cas l'affaiblissement intellectuel s'accompagne de la conscience de l'état maladif. On voit les sujets atteints de névrose traumatique conserver, même dans les stades avancés de l'affection, la conscience de leurs défectuosités psychiques, tandis qu'au contraire, dans la paralysie générale, la perte de la conscience de l'état maladif est caractéristique, dès la période de début.

M. Hahn (de Breslau). *Examen anatomo-pathologique du cas de cécité corticale*, publié par Lissauer dans le tome XXI des *Archiv f. Psychiatrie*. — Le malade est mort de pneumonie deux ans après l'examen clinique de Lissauer. Aucune modification ne s'était produite dans les symptômes de cécité.

Autopsie. Hémisphère gauche. — Oblitération par embolie de l'artère cérébrale postérieure, au niveau des tubercules quadrijumeaux; ramollissement consécutif du cunéus, du précunéus et du lobule lingual. La lésion s'étend jusqu'au ventricule largement dilaté, et en avant gagne, en diminuant d'étendue, le bourrelet du corps calleux. Le bourrelet est intéressé, surtout dans sa partie inférieure et a perdu les deux tiers de son volume; on y trouve des corps granuleux en quantité. Atrophie des circonvolutions voisines des lobes occipital, temporal et pariétal.

Hémisphère droit. — Pas de lésions en foyer, mais une atrophie manifeste du lobe occipital.

Les coupes des deux hémisphères ont montré les lésions suivantes des faisceaux d'association (méthode de Pal) : à gauche, dégénérescence des fibres du corps calleux, diminution notable des fibres du faisceau sagittal interne, dégénérescence complète du faisceau sagittal externe, disparition du faisceau transverse du cunéus. — A droite, dégénérescence presque totale des fibres du corps calleux dans le lobe occipital; tapetum droit plus pauvre en fibres que le gauche.

En résumé : lésion en foyer du centre visuel du côté gauche et rupture des faisceaux d'association des deux lobes occipitaux; dégé-

nérescence des faisceaux optiques du côté gauche, des voies reliant le centre visuel au centre acoustique du côté gauche, et de celles unissant le centre visuel droit intact au centre acoustique gauche. De telles lésions sembleraient n'avoir dû déterminer que de l'aphasie optique : (perte de la possibilité de dénommer les objets vus, tout en les reconnaissant). Aussi Lissauer dans son étude critique sur la lésion qui pouvait être admise comme cause du syndrome clinique, avait-il supposé l'existence d'un foyer situé à la face interne du lobe occipital de l'hémisphère gauche et celle d'un second foyer dans la substance blanche de l'hémisphère droit. On peut expliquer le désaccord apparent entre les lésions et les symptômes observés par les altérations profondes du bourrelet du corps calleux. Le bourrelet renferme probablement les fibres commissurales qui relient la surface interne et la convexité des lobes occipitaux, les deux circonvolutions temporales, les deux lobes occipitaux. De ces faisceaux un grand nombre ont été détruits par la dégénérescence primitive du bourrelet. Consécutivement à l'altération des fibres d'association, les cellules qui leur correspondent ont dû dégénérer, comme le prouve l'atrophie des circonvolutions des deux lobes occipitaux. La dégénérescence accusée du bourrelet du corps calleux paraît correspondre à la cécité corticale observée en même temps qu'à l'aphasie optique.

LXIV[e] SÉANCE — *Breslau*, 3 *mars* 1894.

M. HAHN (de Breslau). *Recherches anatomo-pathologiques sur un cas d'absence d'un hémisphère cérébelleux.* — Il s'agit d'un idiot âgé de dix-sept ans, fils de buveurs. Convulsions trois jours après la naissance. Au onzième jour, attaque apoplectiforme avec paralysie du côté droit. Les convulsions continuent ensuite à se manifester. Contracture et atrophie des muscles des extrémités droites. Niveau mental d'un enfant de deux ans. A seize ans on constate les signes suivants : à gauche, ptosis de moyenne intensité, obtusion de la sensibilité à la douleur dans la partie supérieure du territoire innervé par le trijumeau, légère parésie du facial, déviation de la langue à droite. A droite, atrophie musculaire et contracture des extrémités, légère obtusion de la sensibilité. Les mouvements du globe de l'œil gauche sont limités, surtout en dehors. Troubles de la convergence.

Autopsie. — L'hémisphère gauche du cervelet est réduit au quart de son volume ordinaire; il renferme deux foyers de dégénérescence : l'un, gros comme un noyau de prune, dans la substance blanche ; l'autre situé dans la partie sensitive de la moitié gauche du pont. La pyramide gauche et le faisceau pyramidal du côté droit sont moins volumineux, mais ne contiennent pas de fibres dégénérées L'olive droite est atrophiée ; les cellules en sont en majeure partie

dégénérées. Les fibres arciformes externes gauches sont plus rares qu'à droite; il en est de même des faisceaux du pont. Un des foyers de ramollissement s'étend jusqu'au noyau de l'oculo-moteur commun. L'auteur pense que les troubles de coordination des muscles de l'œil peuvent s'expliquer par la rupture des voies d'association entre le cervelet et les noyaux des muscles des yeux.

M. Wernicke, est d'avis de rattacher les troubles des mouvements volontaires des globes oculaires aux lésions intéressant le raphé. Il a observé un cas dans lequel une altération du raphé a déterminé des troubles dans les mouvements des yeux.

M. Freund (de Breslau). *Démonstration d'un cas de surdité corticale* (aphasie sensorielle sous-corticale ?) — Sera publié *in extenso* dans les *Arch. f. Psychiat.*

M. Adler (de Breslau) fait connaître un cas de *vertige unilatéral*. Le malade, un homme de trente-un ans, est devenu dur d'oreilles à la suite d'une chute sur la tête, et éprouve en outre des phénomènes vertigineux d'une nature spéciale. Lorsqu'il tourne la tête ou qu'il penche le corps du côté de la blessure, il chancelle, il croit voir tourner les objets qui l'entourent du même côté et éprouve une sensation de vertige. L'auteur cherche à donner l'explication de ce cas par la théorie d'Ewald sur les fonctions du labyrinthe.

LXVe SÉANCE. — *Breslau, 1er juillet 1894.*

M. Pick (de Prague). *Communication sur la pathologie du système nerveux central.* — L'auteur communique d'abord un cas de tumeur des nerfs optiques dans lequel, à part un œdème double des papilles suivi d'atrophie, aucun autre symptôme ne pouvait faire supposer l'existence de la lésion trouvée à l'autopsie (il n'y avait pas d'exophtalmie). Les nerfs optiques étaient infiltrés d'une production myxo-sarcomateuse qui les avait englobés depuis les globes oculaires jusqu'au chiasma, sans déterminer la formation d'une tumeur proprement dite.

M. Pick montre des préparations d'un myome développé à la partie postérieure de la moelle lombaire. Cette néoplasie avait pris naissance aux dépens des fibres lisses des tuniques moyenne et adventice des artérioles. Dans un autre cas, M. Pick a montré de semblables myomes dans les parois musculaires des artérioles médullaires d'un sujet atteint de démence sénile.

M. Neisser (de Leubus). *Paralysie progressive avec atrophie musculaire, spinale progressive.* — L'auteur a déjà publié un cas de ce genre (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, t. XLIX). Dans l'observation qu'il communique actuellement il s'agit d'un homme de trente-huit ans, sans antécédents syphilitiques, qui a présenté des troubles psychiques depuis février 1893 : insomnie, incohérence, inertie, irascibilité,

hypochondrie. Il entre à l'asile cinq mois après : on ne constate pas d'atrophie musculaire. Les symptômes intellectuels consistent en une perte très accusée de la mémoire, des alternatives d'hypochondrie et d'euphorie, des hallucinations de tous les sens survenant par intervalles. Inégalité pupillaire, abolition du réflexe pupillaire à droite, parésie faciale, troubles de la parole, tremblement des lèvres et de la langue, exagération des réflexes rotuliens, démarche à la fois spastique et parétique. A la fin de 1893, le malade entre en rémission. En janvier suivant on constate une atrophie de l'éminence thénar de la main gauche. Depuis lors l'atrophie musculaire a suivi une marche progressive. Les interosseux, les muscles de l'éminence thénar de la main droite, les muscles du pouce, le triceps du côté gauche sont intéressés, ainsi que le deltoïde droit. Les muscles atrophiés ne réagissent pas sous l'influence des courants faradiques ou réagissent faiblement. L'examen avec le courant galvanique a fourni la réaction de dégénérescence pour un certain nombre de muscles. Pas de tremblements fibrillaires. Pas de troubles de la sensibilité aux membres supérieurs. Dans ce cas, contrairement aux faits connus actuellement, la paralysie progressive a précédé l'apparition de l'atrophie musculaire progressive.

M. Bonhoffer (de Breslau) veut prouver en s'appuyant sur un cas de psychose aiguë qu'il a observée, qu'il n'est pas rare de constater dans certaines psychoses, à forme de confusion et de perplexité, des manifestations qui se rapprochent de *la cécité corticale et de l'asymbolie* et qui seraient le substratum de l'affection.

La malade dont il s'agit, après une période prodromique de mélancolie anxieuse ayant duré un mois se trouvait depuis quelques jours dans un état de profonde confusion. Elle ne s'orientait plus dans sa chambre, ne retrouvait plus son lit, ne savait plus se servir des objets usuels, se servait de sa chaise comme cabinet d'aisances, se coiffait de sa robe, mordait à même un morceau de savon et ne crachait ce qu'elle en avait pris qu'avertie par la sensation gustative.

La lecture et l'écriture étaient devenues impossibles. La malade comprenait les paroles qui lui étaient adressées. Tandis que les troubles de nature sensitive s'amendèrent rapidement, les symptômes moteurs persistèrent plus longtemps. Tous les mouvements des extrémités, de la langue, etc., étaient exécutés à faux. La déglutition était entravée, la parole embarrassée. Par intervalles un état de légère confusion se surajoutait à ces manifestations d'asymbolie motrice.

M. Heilbronner (de Breslau). *Un cas d'asymbolie.* — Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, buveur. Le début de la maladie est brusque : maux de tête, impossibilité de se tenir debout ; puis

paralysie du moteur oculaire externe droit, ptosis bilatéral, inégalité pupillaire (pupille droite plus large), léger degré de paralysie du facial droit. Au point de vue psychique : état de confusion; la station et la marche sont possibles; mouvements compliqués des mains, pas de signes d'hémiplégie, ni d'aphasie, mais symptômes très nets d'asymbolie : ce malade tient énergiquement ce qui lui est donné, sans paraître avoir notion de l'usage de l'objet. Avec la disparition de la confusion, les symptômes d'asymbolie deviennent plus nets; on constate des réactions erronées; parfois il semble que le patient ait d'abord l'intention d'exécuter un mouvement normal, puis une erreur se produit secondairement, au cours de l'exécution de l'acte. A diverses reprises les objets présentés furent correctement dénommés, mais le patient n'en comprenait pas l'usage ou se méprenait sur la façon de s'en servir. A ce moment on put constater des symptômes d'aphasie de conductibilité. L'auteur rejette l'hypothèse soit d'une asymbolie sensitive, soit d'une asymbolie motrice; il admet l'existence d'une asymbolie de conductibilité.

Discussion. M. Pick. — Il paraît vraisemblable que ce malade doit avoir des lacunes du champ visuel. La façon dont il écrit tendrait à le faire croire.

M. Heilbronner. — On n'a pu pratiquer un examen complet du champ visuel, mais il est possible d'affirmer qu'il n'y a pas d'hémiopie.

LXVI[e] séance. — *Breslau*, 24 *novembre* 1894.

M. Petersen (de Brieg) donne l'observation du malade qui a récemment commis sur lui un attentat. C'est un homme de vingt-huit ans qui, employé dans le bureau de la direction de l'asile, s'élança sur M. Petersen, et lui porta un coup de canif dans le dos « afin de mettre un terme à l'hypnotisme que l'on pratiquait sur lui ». Ce malade a des antécédents héréditaires : mère nerveuse, père morphinomane. Rachitisme dans l'enfance. Instabilité et déséquilibration mentales; onanisme. Il y a trois ans, début des idées de persécution : la police le fait surveiller ; on le regarde, dans la rue, comme un voleur.

Il en vint enfin à considérer sa mère comme associée à la bande de ses persécuteurs, et son attitude envers elle devint si menaçante qu'elle dut renoncer à la vie commune. Le malade fut interné en juillet 1892. Il est hydrocéphale : son intelligence est normalement développée; il présente les symptômes habituels de la paranoïa. En outre il a manifesté à diverses reprises du refus d'aliments; des états cataleptiformes furent constatés; plus tard il prétendit que diverses personnes, entre autres le directeur de l'asile, l'hypnotisaient, qu'on l'accusait d'avoir commis un crime. A côté de ces

manifestations délirantes se montraient des lacunes morales profondes. C'est à celles-ci, aussi bien qu'aux conceptions délirantes proprement dites du malade, qu'il convient de rattacher la tentative de meurtre commise par ce dernier à la suite d'une longue préméditation. Cette observation met en évidence combien sont dangereux les aliénés et en particulier les délirants systématiques, qui ont, depuis l'enfance, présenté des défectuosités du sens moral : ces dernières s'ajoutent en effet plus tard aux idées délirantes.

M. Heilbronner (de Breslau) fait une communication sur la méthode de Nissl, appliquée à la coloration des cellules des cornes antérieures de la moelle et des cellules de Purkinje du lapin et de l'homme. Présentation de préparations : chez un alcoolique chronique qui avait présenté des symptômes de névrite multiple, l'examen des cornes antérieures a montré, à côté d'un grand nombre de cellules normales, d'autres éléments présentant différents états de dégénération. Dans les premiers stades, les altérations ne se révélaient que dans les parties centrales de la cellule : au lieu des corpuscules bleu foncé caractéristiques qui se rencontrent à l'état normal, on voyait les parties entourant le noyau présenter un aspect terne. Dans les stades plus avancés la lésion, au lieu de se limiter à la partie de la cellule entourant le noyau, s'étendait aux régions périphériques, et certaines cellules paraissaient remplies d'une masse poussiéreuse. Au stade terminal les éléments cellulaires avaient perdu leur forme extérieure normale et se présentaient sous la forme de corps polygonaux ou arrondis. Le noyau n'avait plus sa situation centrale, mais avait gagné la zone périphérique. La présence d'altérations des cellules ganglionnaires de la moelle dans les cas de névrites est d'accord avec ce que nous savons aujourd'hui de la constitution histologique des névroses. Si différents observateurs sont arrivés à des résultats négatifs, la faute en est aux méthodes dont ils disposaient. De nouvelles recherches doivent être entreprises à l'aide des méthodes d'examen modernes.

M. Sachs (de Breslau). *Observation de ramollissement dans les deux hémisphères.* — Sera publiée ultérieurement *in extenso.*

M. Wernicke (de Breslau). *Sur les psychoses à forme anxieuse.* — La clinique exige la description d'un groupe spécial de psychoses à forme anxieuse : dans ce cas le symptôme dominant est l'anxiété, et c'est lui qui donne la clé de tout l'ensemble symptomatique. Les idées délirantes associées sont tantôt de simples conceptions, tantôt elles se manifestent sous la forme d'hallucinations auditives. Le contenu de ces dernières a trait soit à des dangers qui menacent l'existence, soit à des attaques contre l'honneur du patient, soit à des idées d'infériorité, d'auto-accusation, de désespoir. Toutes ces manifestations sont caractérisées par l'anxiété qui tourmente le

patient, que cet état d'anxiété ne survienne que par accès ou qu'il s'exagère au cours de paroxysmes. La mélancolie avec agitation doit rentrer dans le groupe des psychoses à forme anxieuse, et n'a rien à voir avec la mélancolie. Les cas nets de psychose anxieuse non compliquée ont un pronostic favorable.

Les cas compliqués sont plus fréquents, tantôt ce sont les manifestations motrices qui s'exagèrent; tantôt la psychose à forme anxieuse n'est que le premier stade d'une autre forme clinique qui se greffe sur la première au cours de la convalescence. La durée de ces psychoses anxieuses est en général brève. L'auteur a observé un cas qui n'a pas duré plus de quatre jours. Le diagnostic différentiel doit être fait avec : 1° l'hallucinose aiguë, forme assez vosine de la psychose anxieuse et ayant également un pronostic favorable. Les hallucinations et l'anxiété paraissent, dans cette forme clinique, être dans un rapport de dépendance inverse par rapport à celui observé dans la psychose anxieuse; — 2° la mélancolie affective; — 3° les psychoses aiguës avec confusion (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, t. LI, fasc. 5, 1895). P. Sérieux.

LE Ve CONGRÈS INTERNATIONAL CONTRE L'ABUS DES BOISSONS ALCOOLIQUES.

Session de Bâle : les 20, 21, 22 *août* 1895.

Le Congrès a été inauguré le lundi 19 août, par une réunion familière des adhérents dans la belle salle de l'*Abbaye de la Clef.* Un grand nombre d'étrangers s'y sont déjà trouvés, nous y avons rencontré plus d'une figure connue; nommons entre autres d'*Angleterre,* MM. Wakely, Fielden, Thorp, Grant-Mills, Malins, chanoine Leigh et l'infatigable Miss Gray; de *France,* MM. les Drs Magnan, Legrain, Lucien Puteaux; de *Hollande,* MM. le ministre d'État de Heemskerke, Ruysch, Gœman Borgesius, etc.; de *Suède,* M. Kiaer; du *Danemark,* Mad Selmer; d'*Allemagne,* MM. Bode, Tienken, Fürer, Brendel, etc. Nous reçumes un chaleureux accueil de la part de nombreux *Suisses,* parmi lesquels nous avons été heureux de retrouver le Dr Forel, MM. Bovet, Rochat, Byse, Jules Denis, Milliet, Naef, etc.

Un abondant buffet était dressé dans la salle, il est à peine nécessaire de dire que toute boisson enivrante en était strictement exclue. La réunion se prolongea jusque fort tard dans la soirée.

La première séance s'ouvrit le mardi 20 août à 8 heures du matin dans la belle et vaste salle de concerts du Casino. Plusieurs centaines d'auditeurs y étaient réunis. M. Burckhardt (de Bâle) présidait; à ses côtés siégeaient au bureau le vénérable ministre d'État hollandais, M. de Heemskerke, puis MM. Martin, pasteur à Genève, miss Charlotte Gray, M. le Dr Ruysch, M. Goeman Borgesius, etc.

Le Président ouvre la séance en souhaitant la bienvenue aux nombreuses personnes qui assistent au Congrès et notamment aux étrangers venus de tous les coins du monde. Il montre que toutes les opinions, politiques, philosophiques et religieuses, sont représentées dans l'assemblée. Il souhaite que cette union persiste pour le plus grand bien de la cause de la tempérance et il formule le vœu que les travaux du Congrès de Bâle aient un grand retentissement au dehors et qu'ils exercent une puissante influence sur la marche de la lutte contre le fléau de l'alcoolisme. Il annonce que quatre cent soixante personnes ont adhéré au Congrès et que plusieurs gouvernements ont envoyé des délégués officiels. L'administration fédérale des alcools est représentée par MM. Milliet, Cuttat, Dr Lang; le gouvernement de Bâle-Ville par son représentant, M. Iselin; celui de Lucerne, par M. Virieux; celui de Fribourg, par M. Bise, président du tribunal, et le Dr Engelhard. Le Saint-Siège s'est fait représenter par monseigneur Egger, évêque de Saint-Gall; le Ministère de l'Instruction publique de France, par le Dr Lancereaux, membre de l'Académie de médecine; la Hollande, par MM. de Heemskerke et Ruysch; la Norwège, par M. Kiaer; la Russie, par M. Minzloff, conseiller d'État. Enfin un très grand nombre de sociétés engagées dans le combat antialcoolique ont envoyé des délégués; la Ligue patriotique belge contre l'alcoolisme était représentée par MM. Frank, Merzbach, Castiaux, et le Dr Moeller.

M. de Keemskerke, à qui l'assemblée donne, par acclamation, la présidence de la première séance, lit un long rapport sur l'histoire de la lutte contre l'alcoolisme depuis le dernier congrès (La Haye, 1893). Son discours fut malheureusement peu compris, par suite de la faiblesse de la voix du vénérable orateur. Résumons, pays par pays, les faits saillants que nous avons pu saisir : *Amérique* maintien des lois prohibitives dans plusieurs États; vaste pétition pour la prohibition au Canada; *Angleterre*, présentation du projet de loi sur l'option locale; chute du ministère libéral qui l'a présenté; *Norwège*, attribution au vote populaire (hommes et femmes) dans chaque commune du droit de supprimer tout débit de boisson; *Finlande*, disposition analogue; *Suède*, loi refusant l'action en paiement des dettes de cabaret; *Danemark*, vaste pétitionnement en faveur de l'option locale et de la prohibition de la vente des spiritueux le samedi soir et le dimanche; *Allemagne*, proposition d'un projet de loi sur l'ivresse; *France*, élévation des droits d'ac-

cise, abolition du privilège des bouilleurs de cru; *Belgique*, nomination d'une commission officielle chargée d'élaborer un projet de loi contre l'alcoolisme; *Pays-Bas*, activité des sociétés de tempérance; appui du gouvernement à la lutte contre l'abus des boissons alcooliques.

Après cette lecture et quelques formalités usuelles, telles que la nomination des vice-présidents d'honneur, le Congrès aborde son ordre du jour. En tête figuraient trois communications d'un caractère éminemment scientifique qui ont causé une vive impression et ont été le vrai clou du Congrès. Nous regrettons de ne pouvoir les analyser que très sommairement.

M. le Dr Gaule, professeur de physiologie à l'Université de Zurich, parle de l'*usage de l'alcool au point de vue de la physiologie*. Il esquisse l'histoire de l'évolution du mouvement de réaction qui s'est manifesté contre l'alcoolisme. Au début, dit-il, on considérait l'alcool comme une boisson inutile ou tout au moins inoffensive. Si elle produisait des inconvénients, c'est que l'homme en abusait. De là est venue la doctrine de la modération dans l'usage des boissons enivrantes. Mais plus tard la science a montré que l'alcool est toxique en lui-même, qu'il exerce une action délétère sur les éléments organiques du corps humain et que l'usage, même modéré, était nuisible. De là, la doctrine de l'abstinence totale de toute boisson forte, doctrine dont les progrès sont très remarquables.

L'orateur entre dans des détails anatomiques pour prouver comment l'alcool exerce une action fâcheuse sur l'organisme vivant. Il faudrait, conclut-il, que chaque homme se convainquît personnellement des dangers de la consommation de l'alcool pour sa propre individualité; le problème de l'alcoolisme sera vite résolu.

Deux autres communications très remarquables furent présentées ensuite par le Dr Smith, directeur d'un asile pour buveurs sur le lac de Constance, et par le Dr Fürer, assistant à la clinique psychiatrique de Heidelberg. Ces deux travaux roulaient sur le même sujet, à savoir l'action de l'alcool sur les phénomènes psychiques. Nous pouvons les résumer ensemble. Ces deux orateurs ont institué des expériences psychologiques tout à fait nouvelles.

Ils ont observé les effets de l'alcool sur eux-mêmes, sur un adversaire de l'abstinence et sur d'autres personnes indifférentes. Ils ont mesuré l'activité cérébrale et la force musculaire de l'individu à l'aide des méthodes si ingénieuses actuellement en usage (psychophysiologie); ils ont traduit graphiquement le résultat de ces observations au moyen de courbes dessinées sur des planches, qu'ils ont exhibées au Congrès. Le premier enseignement de ces expériences c'est que l'alcool peut diminuer à l'insu de celui qui l'absorbe la capacité de travail de l'homme; deux décilitres de bière suffisent déjà pour déprécier l'effort intellectuel de l'individu qui a

commencé à travailler en dehors de toute influence alcoolique. Des doses plus fortes agissent encore sur le sujet à un moment où rien ne lui en révèle les effets. La chute des courbes accuse la *chope* du matin ou du soir pendant plus de vingt-quatre heures après son ingestion. Le dynamomètre enregistre aussi la diminution de force qui suit infailliblement toute absorption d'alcool. Ici, toutefois, une courte augmentation de l'activité physique en précède le ralentissement, mais cette excitation, dont la durée ne dépasse pas vingt minutes, trahit sa nature anormale par une application plus maladroite de l'effort. Les opérations intellectuelles purement machinales présentent aussi, sous l'influence de l'alcool, une recrudescence passagère de rapidité.

Après que les physiologistes eurent décrit les troubles fonctionnels produits par l'alcool dans le corps humain, il restait à montrer les conséquences pathologiques de ces troubles, c'est-à-dire à faire connaître les *maladies qui ont l'alcool pour cause*. Trois médecins ont traité cette question : le Dr Legrain, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard à Paris, le Dr Forel, médecin-directeur de l'asile de Burghoelzli en Suisse, et le Dr Lancereaux, médecin à l'Hôtel-Dieu de Paris.

L'ivresse est une folie passagère; aussi l'alcool est-il le grand pourvoyeur du groupe des affections mentales. D'après M. Legrain, le tiers à peu près des cas d'aliénation mentale survenant à Paris est imputable à l'alcool. Celui-ci est actuellement la principale des causes qui font sombrer l'intelligence. Quand il ne produit pas directement la folie, il en prépare et facilite l'éclosion par l'état d'excitation dans lequel il entretient l'écorce cérébrale. Les descendants d'alcoolisés sont des candidats à la folie, et c'est parmi ces malheureux que la faute des pères se manifeste le plus lamentablement. Clémente jusque dans ses répressions, la nature limite cependant elle-même le nombre des victimes en refusant aux pires alcoolisés la faculté d'avoir des enfants. L'accroissement des cas d'aliénation mentale a souvent été mis sur le compte de la fiévreuse activité imposée à tant de cerveaux par la vie moderne. Ce qu'il y a de vrai, c'est que, travaillant davantage, le cerveau doit être ménagé et préservé encore plus soigneusement qu'autrefois contre l'action néfaste de l'alcool. Le Dr Legrain dessine la silhouette du buveur; il le montre envahi d'abord par l'obésité, passant ensuite à la maigreur qui présage la fin prochaine d'une vie mal dirigée. L'autopsie révèle des faits plus instructifs encore. Qu'on vienne à disséquer le corps d'un de ces hommes jeunes, auxquels l'alcool donne les apparences d'une surabondance de santé, on ne trouve, sous cette peau colorée et cette graisse accumulée, que des organes de vieillard. Un buveur de trente ans a déjà affaibli, modifié son corps autant que pourrait le faire une vie double de longueur.

C'est M. Milliet, le directeur de la régie fédérale des alcools,

qui a attaché le grelot en se déclarant sceptique à l'endroit des arguments invoqués en faveur de l'abstinence. Reprenant une statistique américaine, qui a fait beaucoup de bruit, mais qui n'a jamais été contrôlée, l'orateur prétend que les Etats américains vivant sous le régime de la prohibition absolue de l'alcool, ont plus de crimes que les autres. En outre, la population des prisons des Etats-Unis compterait autant d'abstinents que de buveurs. Les Chinois remplissent l'idéal des conditions rêvées par les abstinents, car ils se privent de viandes comme d'alcool; et cependant ils viennent encore de se livrer à des massacres qui prouvent leurs instincts criminels. Qu'on ne parle pas non plus, ajoute l'orateur, de la supériorité intellectuelle des peuples abstinents. Les anciens Grecs buvaient, les Américains sont abstinents; comparez leurs littératures. Enfin les Grecs ont été battus et asservis par les Macédoniens qui buvaient plus encore.

Comme on le comprend, ce plaidoyer en faveur de l'alcool suscita de vives protestations et de nombreux orateurs ont répondu à M. Milliet. Les Drs Forel, Fürer, Gaule et Smith insistèrent pour maintenir les conclusions que l'on peut déduire des travaux communiqués le matin. Ils ont un caractère de précision impossible à contester; ils ont été faits avec toute l'objectivité désirable; on peut affirmer que le mouvement d'abstinence a désormais une base scientifique qu'on ne lui enlèvera plus; ce n'est plus une doctrine de fantaisie, due à l'empirisme et au fanatisme; c'est une pratique qui s'appuie sur la physiologie la plus moderne.

D'autres orateurs encore prirent la parole pour répondre à M. Milliet que les comparaisons n'étaient concluantes qu'entre pays placés dans les mêmes conditions ou entre les diverses phases traversées par un même pays. Ainsi il est prouvé que l'aliénation mentale est en forte diminution en Norwège depuis que la consommation de l'alcool y est notablement réduite. Voilà un fait patent vérifié et concluant, qui l'emporte de beaucoup sur les statistiques tirées de l'Amérique. Il est vrai que les Chinois ne s'enivrent pas; mais ils s'adonnent à l'opium; et d'ailleurs les massacres dont on a parlé ne constituent pas à leurs yeux des actes criminels, puisque les chrétiens seuls en sont victimes dans la circonstance que l'on sait. Enfin les Grecs ont pu s'enivrer; mais ils n'ont pas l'alcoolisme sous sa forme moderne, la plus pernicieuse de toutes.

En somme ce débat tourna complètement en faveur des abstinents qui ont, il faut bien le dire, la logique pour eux. Ce n'est pas que quelques-uns d'entre eux ne poussent les choses trop loin; mais quelle est la doctrine qui n'ait pas ses exagérés? Quel est le parti qui n'ait pas ses avancés? La conclusion de cette première séance du Congrès de Bâle fut, de l'avis de tous, que l'abstinence totale est en voie de faire des progrès rapides et considérables. Ses partisans deviennent de plus en plus nombreux et

on en trouve dans toutes les classes de la société, même parmi les hommes de science et de haute culture intellectuelle.

La seconde journée était principalement consacrée à l'exposé de l'activité des associations anti-alcooliques. Mais avant d'aborder l'ordre du jour, le Président donne la parole au représentant du pape Léon XIII, Mr EGGER, évêque de Saint-Gall, dont l'apparition à la tribune et le discours ont été accueillis par des applaudissements prolongés. « J'étais venu, dit le vénérable prélat, dans l'intention d'écouter. Mais je dois me faire l'interprète des sentiments de Sa Sainteté Léon XIII, qui m'a chargé de vous exprimer l'intérêt qu'il porte à la lutte contre l'alcoolisme. On peut se demander ce qu'il y a de commun entre cette lutte et le pape; le trait qui nous unit est la protection de la société et la résistance à un même ennemi : l'alcool. On peut étudier la question à des points de vue bien différents; on aboutit toujours à conclure que l'alcoolisme est l'ennemi qu'il faut terrasser. Le pape vous offre sa coopération, en sa qualité de chef de l'Eglise catholique et de gardien des intérêts moraux de ses fidèles. Léon XIII est d'accord avec vous sur les moyens à employer; déjà en 1887, dans une lettre qu'il écrivait à Mgr Irelan, évêque de Saint-Paul, il recommandait l'abstinence totale, dont il reconnaissait tous les avantages. Votre congrès, ajoute Mgr Egger, fait abstraction de toute propagande religieuse. Ce n'est certes pas là mon point de vue ; mais je dois reconnaître la stricte neutralité confessionnelle que vous observez et le soin que vous mettez à écarter de vos publications tout ce qui pourrait en restreindre la diffusion. Sur notre champ de bataille il y a place pour tous, pour le bon templier comme pour le catholique, pour la croix bleue comme pour les sociétés de modération. L'entente s'impose entre nous tous en vue du but à atteindre. Vous ne vous découragez pas malgré la lenteur du succès que vous espérez, vous faites preuve de persévérance et je vous en félicite. Nous avons deux grands obstacles à surmonter : les préjugés et les mœurs (*die Trinksitte*).

« Le peuple est encore la victime de préjugés, qui lui font croire à l'action fortifiante et salutaire des boissons alcooliques. Cette erreur, réfutée d'une manière magistrale par la science, est partagée même par les classes éclairées. Le second obstacle réside dans les mœurs, qui rendent la tempérance si difficile ; il faudra les modifier, secouer leur joug. Les abstinents ne doivent pas fuir les réunions où leur place est marquée ; ils doivent s'y rendre en s'émancipant de la coutume en vogue. Les cafés de tempérance sont un excellent refuge pour les faibles, mais les forts ne doivent pas se retirer dans leur intérieur ; il leur incombe de modifier le caractère actuel de l'auberge, d'obtenir qu'elle devienne un lieu de réunion où l'abstinent soit aussi bien accueilli que les autres clients.

Dans tous les cas, l'abstinent doit avoir le courage de s'afficher comme tel. Son exemple hâtera le dénouement de la crise [1]. »

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN.

Séance du 2 février 1895. — PRÉSIDENCE DE M. LAHR.

MM. BOEDEKER et FALKENBERG. *Note sur le signe du cubital (Biernacki) dans la paralysie générale.* — Cramer a récemment attiré l'attention (*Münchener Med. Wochenschrift*, 1894, nos 28 et 29) sur un signe observé pour la première fois par Biernacki dans le tabes et qu'il a étudié chez les paralytiques généraux. Ce signe consiste dans l'analgésie du tronc du cubital à la pression. Cramer pensait que ce symptôme se rencontrait chez les trois quarts des paralytiques et manquait presque constamment chez les non paralytiques. Pour vérifier l'assertion de Cramer, les auteurs ont entrepris des recherches sur 100 paralytiques hommes, et 25 paralytiques femmes, d'une part, et sur 300 aliénés non paralytiques, d'autre part. Sur les 100 paralytiques hommes, la réaction à la douleur a suivi la pression du cubital chez 35 sujets ; elle a fait défaut dans 58 cas. Résultat douteux dans 7 cas. Pour les paralytiques femmes on a obtenu les chiffres suivants :

Absence de réaction à la douleur dans	56 cas	p. 100
Réaction couronnée —	36 —	p. 100
Cas douteux —	8 —	p. 100

Pour les deux cents hommes aliénés non paralytiques, la réaction a été constatée dans 61 cas p. 100, elle a manqué dans 39 cas. Pour les 100 femmes non paralytiques, la réaction a été relevée dans 67 cas p. 100.

Les auteurs terminent leur communication par les conclusions suivantes : 1° l'analgésie du tronc du cubital n'est pas caractéristique pour la paralysie générale et ne peut servir pour le diagnostic différentiel ; 2° l'analgésie du tronc du cubital est plus fréquente chez les paralytiques que chez les aliénés non paralytiques ; 3° le signe de Biernacki se rencontre assez fréquemment chez les paralytiques atteints de sclérose des cordons postérieurs.

DISCUSSION. — M. CRAMER a pu examiner le nerf cubital d'un

[1] *Journal de la ligue patriotique belge contre l'alcoolisme.* Reproduit par l'*Internationale Monatschrift zur Bettampfung der Trinksitten*, oct. 1895. Bremerhaven und Leipzig.

sujet chez lequel il avait constaté l'existence, d'un seul côté, du signe de Biernacki. Le tronc nerveux était intact ce qui prouve que l'analgésie du cubital peut exister sans lésions des nerfs périphériques (et aussi sans lésions de la moelle).

Il n'a jamais présenté l'analgésie du cubital comme un signe caractéristique pouvant servir au diagnostic différentiel, mais il a au contraire spécifié que son expérience était encore trop courte pour lui permettre d'affirmer aussi nettement la valeur du signe en question.

MM. Boedeker et Falkenberg ont à la vérité trouvé que l'analgésie du cubital était moins fréquente chez les paralytiques et moins rare chez les non paralytiques qu'il ne résultait des propres recherches de l'auteur. Mais il n'en résulte pas moins de leurs examens que l'analgésie du cubital se rencontre dans plus de la moitié des cas (58 p. 100) chez les paralytiques, tandis que chez les non paralytiques on constate la réaction douloureuse dans 64 cas p. 100. Pour expliquer les différences entre les résultats obtenus par MM. Boedeker et Falkenberg et ceux auxquels il a abouti lui-même, l'auteur fait remarquer que les cas de paralysie générale qui lui ont servi étaient des cas anciens, contrairement à ce qui a eu lieu pour Boedeker et Falkenberg. Parmi les sujets non paralytiques qui ont été examinés par ces derniers auteurs se trouvaient en proportion assez considérable des idiots, des épileptiques et d'autres individus chez lesquels les troubles psychiques n'étaient que l'expression d'une maladie organique des centres nerveux. Il n'en était pas de même à l'asile où M. Cramer a fait ses observations.

Quoi qu'il en soit, le signe de Biernacki n'est pas dénué de valeur, malgré son inconstance. L'absence du phénomène du genou n'a-t-elle pas une signification importante dans le diagnostic de la paralysie générale, bien que ce signe ne se rencontre chez les paralytiques que dans 20 cas p. 100 et que d'autre part j'ai pu le rencontrer douze fois sur cent aliénés non paralytiques. Associé aux autres symptômes de la paralysie progressive, le signe du cubital aura donc une certaine signification, puisqu'il se rencontre dans plus de la moitié des cas chez les paralytiques et qu'il fait défaut dans plus de la moitié des cas chez les non paralytiques. Sans doute ce n'est pas un symptôme pathognomonique, mais combien y a-t-il de symptômes pathognomoniques ? Enfin le signe du cubital permet de mettre en évidence d'une façon rapide et sûre l'analgésie des paralytiques.

M. Mendel a fait faire, dans sa polyclinique, des recherches sur le signe de Biernacki dans le tabes, la paralysie générale et diverses névroses. L'importance de ce signe ne lui semble pas démontrée. Sa valeur sera d'ailleurs étudiée prochainement dans une thèse.

Il convient de signaler ici un autre symptôme de la paralysie

générale au début : l'analgésie des jambes. Dans les cas étudiés il s'agissait de paralytiques qui n'étaient ni tabétiques, ni déments, mais chez lesquels l'analgésie par son degré accentué ne paraissait pas en rapport avec l'état psychique, les troubles moteurs et les autres modifications de la sensibilité.

M. Max Laehr a recherché le signe du cubital chez trente tabétiques de la clinique de la Charité. Il ne l'a constaté que dans la moitié des cas. Il est à noter que dans ces cas, il existait en outre des troubles de la sensibilité dans le territoire du cubital ; chez quelques-uns il y avait perte de la notion de situation.

M. Boedeker. *Sur un cas de polioencéphalite hémorragique aiguë d'origine alcoolique* (avec présentation de préparations). — Il s'agit d'un homme âgé de cinquante-deux ans, buveur, qu'un état de « faiblesse » générale rendait depuis deux années incapable de travailler. Peu de jours avant son admission à l'asile il est pris de maux de tête, de tremblement et de délire. Tout en se présentant avec les dehors d'un état d'euphorie, il se plaint de céphalée, de vertiges, de crampes dans les extrémités. Paralysie survenue brusquement des deux moteurs oculaires externes et parésie manifeste, mais d'intensité variable, des deux oculo-moteurs communs (pas de ptosis) ; signe d'Argyll-Robertson, tremblement des extrémités supérieures, démarche incertaine. Mort le trente-deuxième jour après une période de stupeur. L'examen microscopique a porté sur les muscles des yeux, les nerfs périphériques des yeux et des extrémités, la moelle, le bulbe et le cerveau moyen. Hémorragies dans le voisinage du troisième ventricule (ces foyers peuvent être suivis jusque dans les ganglions de la base) ; dans le domaine de la commissure antérieure, dans le voisinage de l'aqueduc et du quatrième ventricule. Les lésions maxima siègent au niveau de la partie antérieure du noyau de l'oculo-moteur commun. Des foyers hémorragiques récents existent en outre dans la moelle lombaire, dans la pie-mère, dans le tissu conjonctif des nerfs cruraux. Ce processus hémorragique était partout en rapport avec des altérations importantes des parois vasculaires (épaississement, infiltration calcaire) ; il existait en outre des foyers d'hyperhémie, des thromboses, etc.

M. Boedeker. *Sur un cas d'ophtalmoplégie chronique* (avec présentation de préparations). — Un paralytique général tabétique présentait une paralysie du moteur oculaire commun droit coïncidant avec la perte du réflexe pupillaire du côté gauche. A l'autopsie on trouva une dégénérescence accusée du tronc du moteur oculaire commun droit. Des coupes en série de la région des noyaux du pathétique et du nerf moteur oculaire montrèrent l'intégrité des fibres et du noyau du pathétique et la dégénérescence des noyaux, des nerfs de la troisième paire, plus accentuée au niveau

du noyau du côté droit. Les fibres émanées de ce dernier sont complètement atrophiées; celles du noyau gauche sont saines. L'examen de la moelle a révélé l'existence des lésions typiques du tabes (lésions asymétriques).

Discussion. — M. Koppen présente des préparations d'un cas de polioencéphalite observé à la clinique de la Charité. En outre des hémorragies habituellement observée dans la substance grise centrale, il existait un foyer de ramollissement dans la région de l'oculo-moteur droit. Les vaisseaux grands et petits présentaient partout des altérations (artérite déformante). De nombreux foyers de ramollissement existaient dans le cerveau. Ce cas montre comme les observations rapportées par Thomsen, Eisenlohr et Boedeker que la polioencéphalite peut être étroitement en rapport avec des altérations vasculaires. Ces dernières paraissent provoquées par l'alcool.

M. Konig. — *Quelques réflexions sur l'état actuel de l'assistance des aliénés en Angleterre et en Ecosse.* (Sera publié ultérieurement.) (*Allg. Zeitschrift fur Psychiatrie*, t. 52, f. 1, 1895.) Paul Sérieux.

BIBLIOGRAPHIE.

VIII. *Les causes de la folie. Prophylaxie et assistance;* par Edouard Toulouse. (*Société d'édit. scientif.*, 1896.)

M. Ed. Toulouse, chef de clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine, chargé par M. le professeur Joffroy de faire une série de conférences sur l'étiologie de la folie, a réuni ces dernières et les a complétées dans un ouvrage important qui fait honneur à l'érudition et à l'excellente méthode de l'auteur.

Le livre I étudie surtout la question de l'*hérédité*. Certes on ne saurait nier l'importance de ce facteur étiologique surtout dans les maladies mentales, mais il est essentiel de ne pas tout rejeter sur lui et de ne pas le donner comme explication trop facile à toute maladie. Il faut songer qu'un grand nombre de causes congénitales telles que les troubles de nutrition durant la grossesse, les émotions, les intoxications de la mère pendant la gestation, etc., peuvent prédisposer aux troubles mentaux; que l'enfant, par l'éducation, les habitudes que lui font prendre les parents, se trouve dans un milieu identique à celui de ses ascendants et que par conséquent il doit fatalement en subir la funeste influence. Un chapitre expose les théories de la *dégénérescence* telle que la comprend

M. Magnan, l'auteur montre combien il est difficile de définir nettement cette tare profonde pour laquelle on n'a pas de mesure; il avoue néanmoins qu'au point de vue clinique les types de M. Magnan diffèrent nettement des autres types d'aliénation et qu'ils méritent d'être conservés.

Le livre II étudie les *causes directes* de la folie. Les *causes sociales* comprennent : 1° la civilisation, qui, si elle produit de salutaires modifications par l'hygiène et le bien-être, a une influence nocive par le surmenage intellectuel et les excès qu'elle excite; 2° le régime politique, qui peut, en provoquant de violentes émotions, ébranler la raison des prédisposés; 3° la religion, dont les pratiques poussées à l'excès, conduisent au mysticisme et à la folie ; 4° l'état civil (mariage, célibat, veuvage, etc.) qui modifie le genre de vie des individus; 5° la profession, dont l'action étiologique est en rapport aves les fatigues et les secousses morales qu'elle détermine ; 6° enfin le régime pénitentiaire que l'auteur aurait pu ranger dans les causes dues aux modifications de l'état civil.

Les *causes biologiques :* longévité, natalité, vitalité, morbidité, âge, sexe, donnent lieu à d'intéressantes constatations. Les *causes physiologiques* comptent d'abord les excès et défaut d'exercice, les fonctions sexuelles dont le rôle a peut-être été exagéré. Le surmenage de ces fonctions est souvent l'effet et non la cause d'une maladie mentale. On pourrait faire la même remarque sur le sommeil et les rêves. La menstruation, la grossesse et la ménopause mettent aussi indiscutablement la femme dans un état psychique anormal. Les *causes morales* ont été considérées comme les plus importantes et on classe parmi elles les passions et les émotions. La contagion mentale doit être rattachée à ce genre de causes et M. Toulouse cite des cas de contagion tels que les épidémies, le suicide, les imitations de crimes, la propagation des idées et l'engouement en politique, enfin les cas intéressants de folie imposée, de folie simultanée et de folie communiquée. Les *causes physiques* ont un rôle plus restreint. L'influence du pays, du climat, de la lune, des saisons, de la température, de la lumière et des couleurs, de la nuit a été constatée plus qu'expliquée jusqu'alors. Les influences traumatiques sont mieux connues et outre les lésions des centres nerveux eux-mêmes, le shock émotif produit fréquemment des troubles psychiques. Les *causes pathologiques* comprennent d'abord les intoxications. Parmi ces dernières les unes sont volontaires (intoxications par l'alcool, le thé, le haschisch, le tabac, la morphine, la cocaïne, le chloral, l'éther, etc.); les autres sont médicamenteuses (intoxication par la digitale, l'arsenic, la quinine, l'iodoforme, l'atropine, etc.), d'autres sont professionnelles (intoxication par le plomb ou saturnisme, par le mercure, le sulfure de carbone, l'acide carbonique. l'oxyde de carbone, la nitro-

benzine), d'autres encore sont alimentaires (pellagre, botulisme, etc.). Les maladies infectieuses (fièvres éruptives, érysipèle, oreillons, fièvre typhoïde, influenza, impaludisme, choléra, rage, tuberculose, syphilis, blennorrhagie, rhumatisme, etc.) provoquent des troubles psychiques qui rentrent dans les cadres ordinaires; les maladies générales et cutanées, les diathèses (rachitisme, gravelle, diabète, goutte, obésité, scrofule, cancer, etc.) sont encore parmi les causes pathologiques les plus fréquentes. En somme, toutes ces causes sont assimilables et se réduisent à des empoisonnements qui sont bactériens dans les maladies infectieuses et proviennent d'auto-intoxication dans les diathèses. Les maladies viscérales forment une classe de causes très artificielles. Ces maladies entrent soit dans les infections, soit dans les auto-intoxications, quand le viscère malade ne remplissant plus ses fonctions ordinaires ne transforme plus les poisons ou ne permet plus leur excrétion (urémie, etc.). Un dernier article sur les causes pathologiques a trait aux maladies nerveuses donnant lieu dans leur cours à des troubles mentaux (goitre exopthalmique, tabes, chorée, épilepsie, hystérie, etc.).

Le livre III traite de la *prédisposition vésanique et des causes directes ou occasionnelles* dans leurs rapports et donne à chacune la part qui lui revient en pareil cas. La folie est le plus souvent le produit de facteurs nombreux et complexes.

Le livre IV est intitulé : *prophylaxie et assistance*. Les mesures prophylactiques consisteraient à mettre une entrave à l'hérédité en empêchant les mariages des aliénés et des dégénérés. M. Toulouse propose la création d'un *livret sanitaire* pour chaque individu. Il considère ce désir comme « bien loin d'être réalisé ». Nous croyons en effet que cette mesure draconienne est logique, mais aussi inapplicable que la castration proposée par quelques psychiatres pour les criminels. La bonne direction de l'éducation, l'extinction du paupérisme, la lutte contre les intoxications volontaires, l'amélioration de l'hygiène seront aussi utiles et plus réalisables.

Les *mesures d'assistance* forment le dermier chapitre. L'auteur, imbu des idées qui, depuis Pinel, ont fait de rapides progrès en Europe, fait l'éloge du système du no-restraint et préconise le placement des aliénés dans les familles autant que possible.

En résumé, le livre de M. Toulouse sur les causes de la folie, la prophylaxie et l'assistance des aliénés est un ouvrage d'érudition dont une analyse même détaillée ne peut donner qu'une faible idée. Ce sujet difficile et complexe a dû nécessiter de la part de l'auteur un travail considérable. — M. Toulouse a réussi à donner à son livre, avec une netteté et une précision scientifiques, toute la clarté nécessaire pour en rendre la lecture agréable. J. Noir.

VARIA.

L'ENSEIGNEMENT DE LA PSYCHIATRIE.

Sur le développement de la psychiatrie et sur l'importance de connaissances psychiatriques pour l'éducation scientifique et professionnelle des médecins. (Dr F. MESCHEDE. *Leçon d'ouverture faite à la clinique psychiatrique de l'Université de Königsberg,* 29 octobre 1892. Analysé par BROSIUS. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, t. LII, fol. 1.)

L'auteur étudie de près la question trop controversée de l'introduction de la psychiatrie dans le programme des examens d'Etat que doivent subir les médecins pour obtenir le droit d'exercer.

Il se déclare partisan d'un examen obligatoire portant sur les maladies mentales. Déjà dans les temps les plus reculés, Pythagore et Hippocrate peuvent être invoqués comme démontrant la nécessité pour les médecins de posséder des notions de psychiatrie; ils se sont occupés, en effet, de questions qui relèvent de cette science et l'ont enseignée. Au moyen âge, la décadence de la psychiatrie, l'ignorance où l'on était des maladies mentales, ont conduit aux pires errements et aux condamnations pour sorcellerie. De nos jours encore, dans les domaines juridique et pédagogique et aussi dans le domaine médical, nombre d'erreurs sont commises qui tiennent aux notions imparfaites que l'on a des choses de la psychiatrie.

En faveur de l'enseignement obligatoire des maladies mentales, on peut encore invoquer les projets considérables qu'a réalisés l'assistance des aliénés, la notion aujourd'hui partout admise de la nature organique des psychoses, l'importance de la question de la dégénérescence qui ne peut être résolue sans le concours de la psychiatrie, etc. En terminant, l'auteur critique l'opinion du professeur Schultze (d'Iéna), qui s'est élevé contre l'utilité d'un examen spécial de psychiatrie.

P. SÉRIEUX.

LE MAL DU SPÉCIALISME;

Par le Dr HUGHES.

L'auteur s'élève contre la tendance que présentent certains médecins à concentrer leur attention sur un organe ou un groupe

d'organes, sans tenir assez compte des relations étroites, des influences exercées par la maladie locale sur l'organisme et réciproquement.

En particulier, on ne saurait, en aucun cas, laisser de côté l'influence du système nerveux, car le système nerveux est partout : son étude permet à l'oculiste de voir, dans bien des cas, au delà de l'œil le pronostic de l'affection, comme un gynécologiste de soigner la femme en même temps que l'utérus.

De même, le neuro-pathologiste ou le praticien en général devront rechercher dans chaque maladie, s'il n'y a pas un facteur toxique quelconque, albumatisme, intoxication, syphilis, malaria ou autre. (*The alienist and neurologist*, juillet 1895.) E. B.

Le service des aliénés en Hollande.

Mouvement de la population des asiles d'aliénés des Pays-Bas dans l'année 1893; par le Dr von Andel, inspecteur général des asiles d'aliénés des Pays-Bas.

Le 1er janvier 1893, il existait, dans les asiles d'aliénés néerlandais, 6,582 malades (3,269 hommes et 3,313 femmes). Le nombre des admissions s'est élevé à 1,444 (741 hommes et 703 femmes). Le chiffre des guérisons a été de 504 (hommes : 260; femmes : 304). La proportion des guérisons, par rapport au nombre des admissions, a été de 39 p. 100 (hommes : 35; femmes : 43,2).

Total des malades soignés : 8,026 (hommes : 4,010 ; femmes : 4,016).

Décès : 519 (hommes : 272; femmes : 247). Proportion des décès, sur 100 malades traités : 6,4 (hommes : 6,7; femmes : 6,1). Sorties de malades non guéris : 210 (hommes : 104; femmes : 106).

Etat de la population le 1er janvier 1894 : 6,733 (hommes : 3,374; femmes : 3,359). (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, t. LII, fol. 1.)

P. Sérieux.

Création d'une colonie d'épileptiques en Angleterre.

Le 14 novembre 1894 a été posée la première pierre d'un bâtiment, destiné à recevoir des épileptiques, et qui sera le centre d'une colonie de plusieurs centaines de ces malades. Un comité s'occupe de recueillir des fonds pour mener cette œuvre à bien. Il existe, à Londres, dans les dépôts de mendicité, plus de 600 épileptiques valides et non aliénés qui, pour la plupart, ont dû y être internés, faute de pouvoir trouver du travail à cause de leurs accès. (*Allg. Zeistch. f. Psych.*, t. LII, fol. 1.) P. S.

DES MOYENS A EMPLOYER POUR S'EMPARER DES ALIÉNÉS DANGEREUX.

Sous le titre : *La Folle et les Pompiers*, le *Petit Troyen* du 27 septembre publie le fait ci-après :

Hier, vers trois heures, les habitants de la rue Pierre-Levée étaient mis en émoi par l'arrivée des pompiers. Ils crurent un instant leur rue en flammes. Il s'agissait simplement de maîtriser une folle. Une dame V... habitant au numéro 10 de cette rue, en face le commissariat de police, atteinte depuis plusieurs jours d'une fièvre de lait, s'était enfermée chez elle et jetait son mobilier par la fenêtre. M. Daltroff, commissaire de police, avait essayé vainement de pénétrer chez elle. Force lui avait été de requérir les pompiers de l'avenue Parmentier. Et ce n'est pas sans mal que les braves sapeurs parvinrent à se rendre maîtres de Mme V... Elle les reçut à coups de projectiles, leur lançant à la tête tout ce qui lui tombait sous la main. Enfin, on put l'entraîner au commissariat, d'où elle a été envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Le même journal, dans son numéro du 8 octobre, relate un autre fait analogue :

Mme veuve Marie Guéry, âgée de trente-quatre ans, demeurant rue Thiers, qui donnait depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale, était prise, samedi, vers onze heures du soir, d'un accès de folie furieuse. Armée d'une broche à rôtir, elle se mettait en chemise à parcourir la maison, s'arrêtant à chaque porte qu'elle criblait de coups avec la pointe de son arme improvisée, menaçant de tuer qui l'approcherait.

Quelques locataires tentèrent de s'approcher de la malheureuse pour la désarmer; mais celle-ci se réfugia chez elle, s'y barricada, puis, ouvrant sa fenêtre, se mit à jeter son mobilier dans la rue. M. Rémougin, commissaire de police, aussitôt prévenu, accourut avec des agents, qui enfonçaient la porte et s'emparaient de l'aliénée qui fut immédiatement dirigée sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Les faits de ce genre sont très communs. Souvent, la police est très embarrassée pour savoir comment elle doit s'y prendre pour s'emparer des aliénés dangereux qui se livrent à des actes de violence comme ceux que nous venons de relater. L'utilisation des pompiers en pareille circonstance est certainement préférable à celle des agents de police. A notre avis, il y aurait mieux à faire : c'est de cerner la maison habitée par l'aliéné, de garder sa porte et de patienter. Il arrivera presque toujours, qu'au bout de quelques heures l'accès de fureur aura diminué.

Que la nuit et la faim, faisant leur œuvre, l'aliéné deviendra moins violent et qu'il sera facile de s'en emparer sans danger, on éviterait ainsi les scènes de violence toujours pénibles et surtout on éviterait de voir les agents blessés ou tués.

FAITS DIVERS.

Les aliénés en Russie. — D'après une dépêche de Saint-Pétersbourg, 16 octobre, une enquête ordonnée par le gouvernement a amené la découverte de faits scandaleux qui s'étaient passés dans l'asile des aliénés de Bourachevo, gouvernement de Tver. Les pensionnaires étaient soumis à un véritable régime de tortures, et plusieurs d'entre eux se sont suicidés. Ayant appris qu'un malade avait été trop hâtivement enterré, les autorités ont ordonné son exhumation. Il a été alors constaté que la mort était due à la violence. Le corps du malheureux était couvert de meurtrissures et portait dix-sept fractures de côtes et plusieurs fractures du crâne. On s'attend à d'autres révélations retentissantes. (*Le Républicain orléanais*, 21 octobre.)

La psychologie des foules. — « La foule, dit Louis Desnoyers[1], s'était attendue à un pugilat : elle fut déçue et mécontente. C'est toujours ainsi. Quand deux hommes se menacent du geste, de la parole ou de la plume, la foule s'amasse autour d'eux, les agace, les pousse, et trouve qu'ils mettent trop de lenteur à passer à l'action ; puis quand l'action est faite, la foule les blâme énergiquement d'avoir cédé à ses instigations. Il est difficile, comme on le voit, de satisfaire ses mobiles caprices. Le mieux est de n'y pas prétendre. »

Les aliénés. — Sous le titre : *une Disparition*, le *Républicain orléanais* du 25 août, relate le fait suivant : Dans la nuit du 22 au 23 courant, vers 2 heures, Madame veuve Poignard, domiciliée rue de l'Empereur, a quitté son domicile. Elle est partie à peu près nue ; tous les effets qu'elle portait habituellement ont été retrouvés chez elle. Elle est âgée de 60 à 65 ans. Depuis quelque temps, paraît-il, elle donnait des signes d'aliénation mentale. Cette femme vivait seule ; elle paraissait être dans une certaine aisance.

[1] R. Chaparte. — *Les Mésaventures de Jean Paul*, p. 692

— Un ouvrier peintre, âgé de trente-deux ans, nommé Théodore Fort, qui déjà a été plusieurs fois interné dans divers asiles d'aliénés d'où il a toujours réussi à s'échapper, est entré, hier, dans la cour de la maison qu'habite le docteur Chaulet, médecin municipal, à Agen et, armé d'un énorme couteau de cuisine, ne parlait rien moins que de l'éventrer. On a eu beaucoup de peine à le désarmer et à le conduire au poste de la mairie. Ce n'est pas la première fois que Fort cherche à frapper le docteur Chaulet, coupable d'avoir signé un certificat constatant le dérangement de ses facultés mentales et concluant à son internement dans un asile d'aliénés. On s'étonne qu'aucune mesure ne soit prise pour mettre ce fou dangereux hors d'état de nuire. (Le *Petit Parisien*, 19 septembre.)

— Dans un accès d'aliénation mentale, le premier-maître du torpilleur embarqué sur l'*Iphigénie*, a tiré avant-hier, heureusement sans l'atteindre, sur un gendarme maritime qui voulait s'assurer de sa personne. Depuis quelque temps, en raison de troubles cérébraux, le premier-maître avait été gardé à vue dans une chambre; mais, profitant d'un moment où son gardien était occupé, il réussit à quitter le bord et alla se réfugier dans une chambre meublée, où il s'enferma. La gendarmerie, aussitôt prévenue, se rendit sur les lieux afin d'arrêter le maître, et c'est au moment où le gendarme ouvrait la porte que le coup de revolver fut tiré par le fou. Par un hasard providentiel, la balle rasa la tempe gauche du gendarme. A peine le coup était-il parti que le premier-maître fut terrassé, ligoté et transporté à l'hôpital maritime, où il a été placé dans un cabanon. (Le *Petit Parisien*, 19 septembre.)

Suicide d'un enfant. — Le *Journal de Rouen* dit qu'un enfant de treize ans, le jeune Albert Bailleul, demeurant chez ses parents au hameau de Beausoleil, s'est suicidé ces jours-ci en se pendant au domicile de ses parents. D'une intelligence faible et d'un caractère sombre, cet enfant avait déjà tenté de se suicider. (*XIXe Siècle*, 9 septembre.)

Ces faits montrent, la nécessité d'interner les aliénés dès le *début* de la maladie : 1° dans l'intérêt de la sécurité publique; 2° dans l'intérêt des malades eux-mêmes qui ont aussi plus de chance de guérison. Ils montrent aussi dans quelle situation difficile se trouve le médecin qui signe la sortie des malades aliénés.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

LADAME (P.). — *Le nouvel asile des aliénés à Genève* et *les questions qui s'y rattachent.* (Historique de la création de l'asile de Bel-Air). — Brochure in-8° de 110 pages. — Genève, 1895. — Librairie Georg et Cie.

LEYDEN und GOLDSCHEIDER. — *Die krankungen des Rückenmarks und der Medulla oblongata.* — Volume in-8° de 212 pages. — Wiener, 1895. — Librairie A. Hölder.

MARREL (P.). — *Les phobies.* — Essai sur la psychologie pathologique de la peur. Volume in-8° de 72 pages. — Paris, 1895. — Librairie F. Alcan.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du* 1er *JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cessera à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **20 janvier.** *Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations, la bande de leur journal.

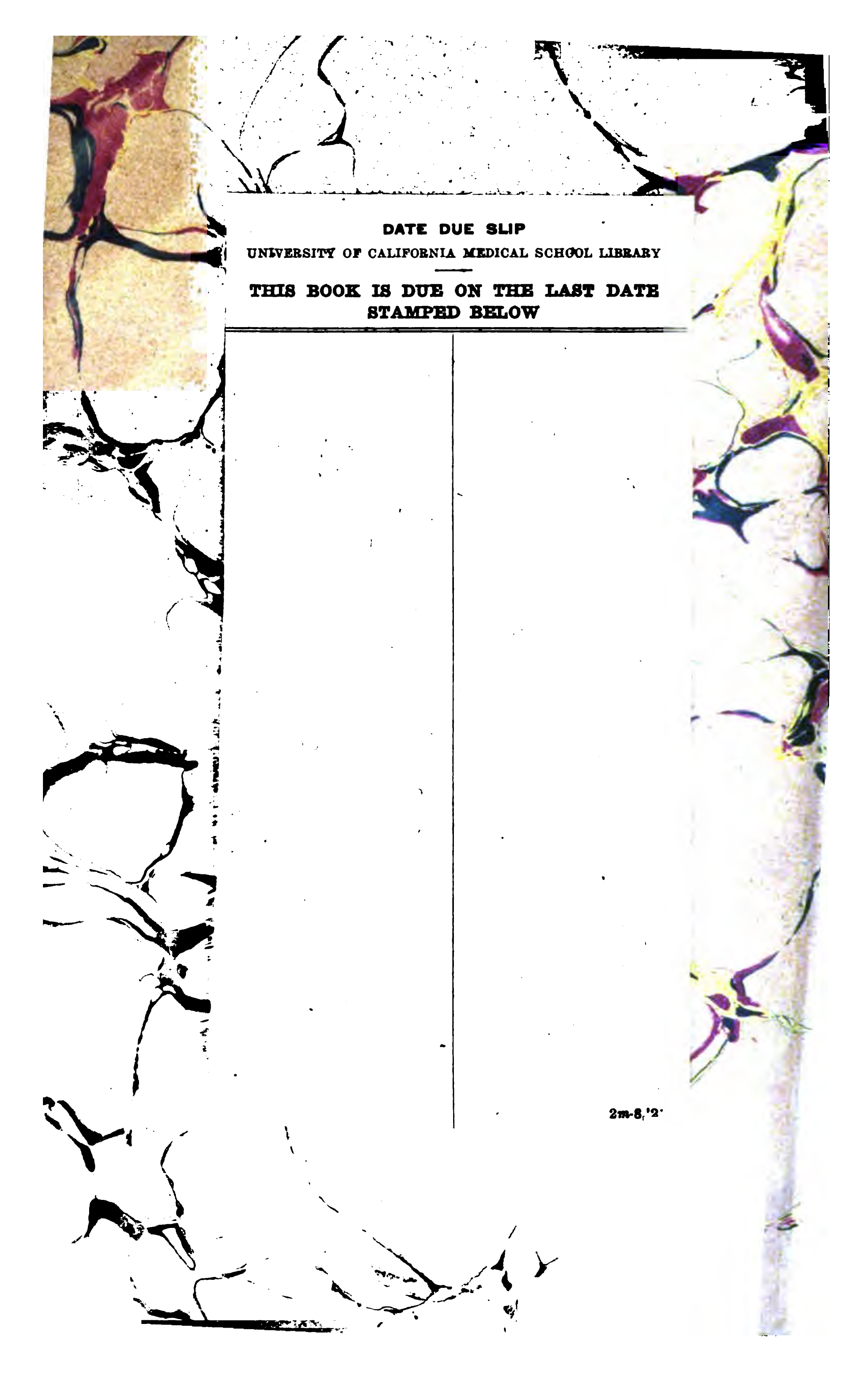
Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Étranger.*

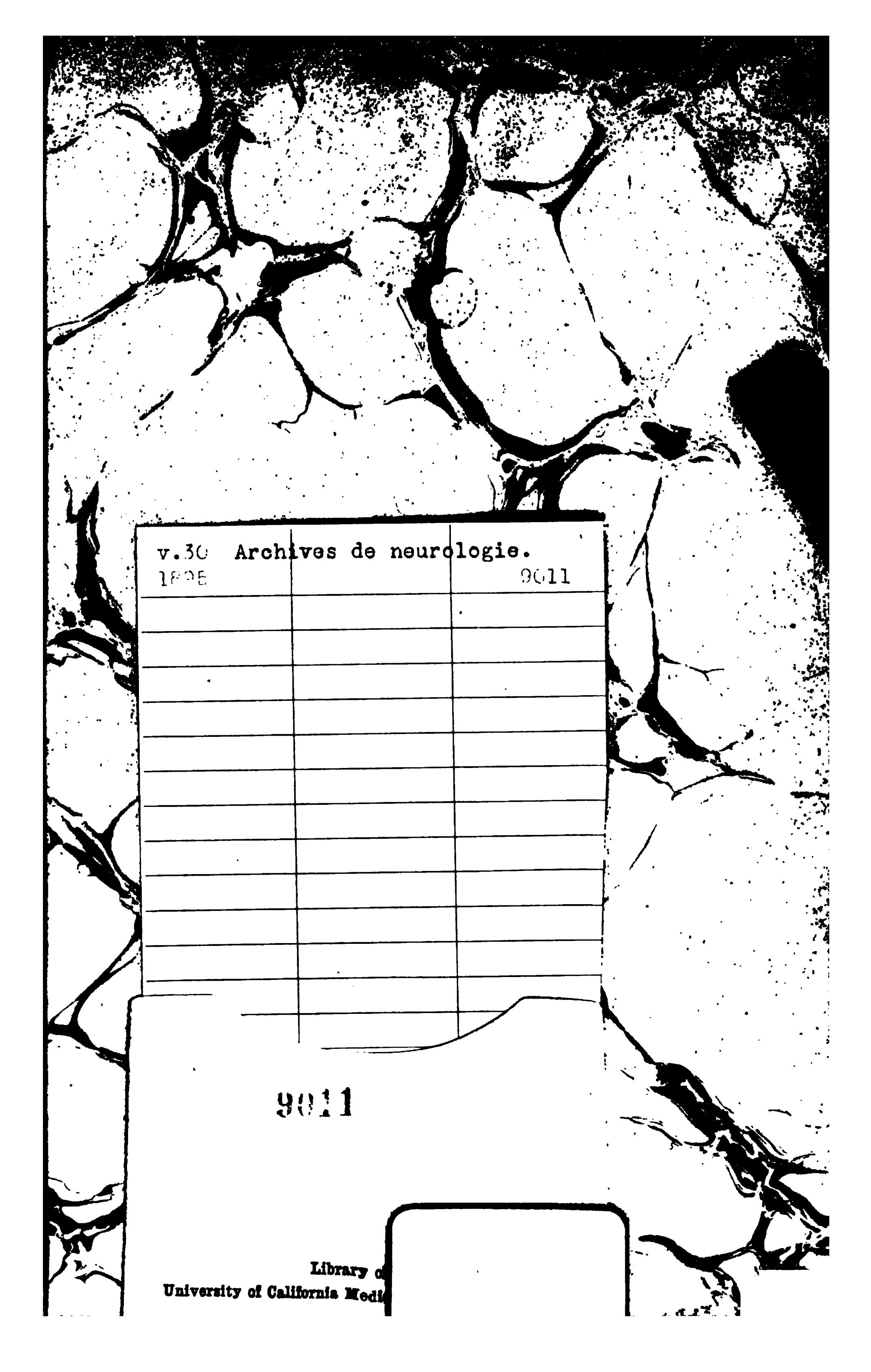
Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 1295.




v.30 Archives de neurologie.
1895 9011
9011
Library o
University of California Medi